Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

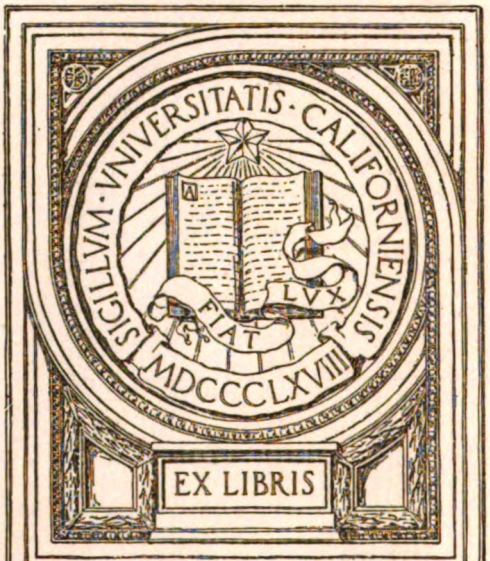
+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.



BIOLOGY
LIBRARY
G

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

ZENTRALBLATT FÜR DIE GESAMTE NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE

REFERATENTEIL DER ZEITSCHRIFT FÜR DIE GESAMTE NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE UND FORTSETZUNG DES VON E. MENDEL BEGRÜNDETEN NEUROLOGISCHEN CENTRALBLATTES

REFERATENBLATT DER GESELLSCHAFT DEUTSCHER NERVENÄRZTE

OFFIZIELLES ORGAN DER BERLINER GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND NERVENKRANKHEITEN

REDIGIERT VON

R. HIRSCHFELD, BERLIN
K. MENDEL, BERLIN
W. SPIELMEYER, MÜNCHEN

SCHRIFTLEITUNG:
R. HIRSCHFELD, BERLIN

DREIUNDVIERZIGSTER BAND

BERLIN
VERLAG VON JULIUS SPRINGER
1926

Digitized by Google

RC 321
Z42
v.43
BIOLOGY
LIBRARY

Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis.

Normale und pathologische Anatomie.
1. 129. 257. 353. 481. 609. 737. 833.

Normale und pathologische Physiologie.
11. 136. 260. 362. 489. 616. 744. 837.

Psychologie und allgemeine Psychopathologie.
31. 151. 273. 372. 503. 632. 769.

Allgemeine neurologische Diagnostik und Symptomatologie.
48. 161. 280. 385. 645. 776.

Allgemeine psychiatrische Diagnostik und Symptomatologie.
164. 283. 651. 780.

Therapie.
55. 286. 393. 516. 659. 783. 843.

Spezielle Neurologie.

Meningen:
60. 168. 295. 401. 524. 661. 785. 849.

Körperflüssigkeiten:
62. 170. 296. 404. 527. 663.

Schädel:
173. 530.

Großhirn:
65. 174. 300. 408. 531. 666. 789. 850.

Kleinhirn, Vestibularapparat, hereditäre familiäre Ataxien:
76. 185. 305. 427. 548. 679. 792.

Bulbäre Erkrankungen, Myasthenie:
78. 682.

Rückenmark und Wirbelsäule:
79. 188. 308. 433. 552. 684. 793. 861.

Periphere Nerven:
85. 194. 312. 438. 688. 799. 863.

Muskuläre Erkrankungen:
88. 558.

Sympathisches System und Vagus:
89. 196. 316. 443. 560. 692.

Stoffwechsel und endokrine Drüsen:
90. 197. 318. 444. 565. 694. 803. 864.

Familiäre Erkrankungen, Myotonie:
323. 455. 869.

Syphilis:
102. 213. 324. 456. 582. 699. 870.

Vergiftungen, Infektionen:
104. 216. 327. 701. 814. 872.

Digitized by Google

Tetanus:
328. 875.

Beschäftigungsneurosen, funktionelle und lokale Krämpfe:
106. 587.

Traumatische Nervenerkrankungen, Kriegsverletzungen:
107. 218. 328. 459. 589. 704. 815. 876.

Nervenkrankheiten der Tiere:
110. 331. 461. 877.

Spezielle Psychiatrie.

Epilepsie, Kinderkrämpfe:
111. 219. 331. 462. 591. 707. 878.

Idiotie und Imbezillität, tuberöse Sklerose:
221. 334. 464. 593. 710.

Progressive Paralyse, syphilitische Geistesstörungen, Trypanosomenkrankheiten:
112. 223. 335. 465. 596. 713. 818.

Schizophrenie:
225. 338. 468. 715. 821. 880.

Verblödungsprozesse:
228. 822. 881.

Psychosen bei Allgemeinerkrankungen, Infektions- und Intoxikationspsychosen, Alkoholfrage:
229. 339. 469. 719. 823. 883.

Traumatische Psychosen: 232.

Manisch-depressives Irresein:
340. 471.

Paranoia. Querulantenwahnsinn:
723. 884.

Degenerative psychopathische Zustände, Pathographien:
234. 341. 472. 599. 724. 826.

Psychogene Psychosen, Hysterie, Kriegsneurosen:
235. 343. 473. 602. 725. 885.

Forensische Psychiatrie.
118. 238. 343. 475. 726. 828. 887.

Das Konstitutionsproblem, Erblichkeits- und Rassenforschung.
121. 240. 345. 477. 728. 829. 891.

Anstaltswesen, Statistik, Allgemeines.
122. 243. 347. 479. 606. 732. 895.

Autorenregister. 913.

Sachregister. 945.

Gesellschaftsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten: 249. 350. 733. 899.

Aus den wissenschaftlichen Sitzungen der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie (Kaiser Wilhelm-Institut) in München: 253. 906.

Digitized by Google

BAL.

MAY 10 1926

ZENTRALBLATT FÜR DIE GESAMTE NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE

REFERATENTEIL DER ZEITSCHRIFT FÜR DIE GESAMTE NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE UND FORTSETZUNG DES VON E. MENDEL BEGRÜNDETEN NEUROLOGISCHEN CENTRALBLATTES
REFERATENBLATT DER GESELLSCHAFT DEUTSCHER NERVENÄRZTE
OFFIZIELLES ORGAN DER BERLINER GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND NERVENKRANKHEITEN

REDIGIERT VON

R. HIRSCHFELD, BERLIN — K. MENDEL, BERLIN — W. SPIELMEYER, MÜNCHEN

SCHRIFTLEITUNG: R. HIRSCHFELD, BERLIN W 9, LINKSTR. 23/24

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9

BAND XLIII, HEFT 1/2
S. 1—128

1. APRIL 1926

UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Autorenverzeichnis.

(Die Zahlen beziehen sich auf die Seiten.)

Acqua, Mario 80.
Acuña, Mamerto 67.
Alajouanine 74.
Albertoni, Pietro 27.
Alexander, G. 62.
Allport, Gordon W. 38.
Altenburger, Hans 23, 24.
Alurralde, Mariano 75.
Ameghino, Arturo 112.
Angelescu, H. 55.
Antheaume, A. 46.
Arkin, W. 77.
Artwiński, E. 66.
Avellone, L. 18.
Ayer, James B. 62.
Baba, Shoe 1.
Babonneix, L. 75, 102.
Bär, R. 8.
Bailey, Percival 92.
Ballerini, Mario 14.
Barnes, Stanley 71.
Barré, J. A. 85.
Bartels, Martin 2, 15.
Baumann, Emil J. 93.
Bazett, H. C. 14.
Bagan, I. 49.
Befani, Giulio C. 114.
Benoit 8.
Berberich, J. 8.
Berblinger, W. 91.
Bergström, Erik 25.
Berka, Fr. 119.
Bernfeld, S. 39.
Beselin, O. 50.
Bing, Robert 106.
Blaschke, F. 64.
Blumenthal, L. 90.
Böhmig, Wolfgang 117.
Böhner, Margarete 126.
Boenninghaus, Georg 61.
Boer, S. de 17, 18.
Boisert, Ludo van 1.
Bok, S. T. 83.
Bonaba, José 62.
Bonnet-Lemaire 97.
Bouwdijk Bastiaanse, F. S. van 69.
Bovet, Pierre 44.
Božović, V. 112.
Brammer, George 16.
Brătescu, Virgil 84.
Bregman, L. E. 75, 87.
Briau, Raymond 68.
Briese, Marie 94.
Britton, S. W. 98.
Brown, William 45.
Browning, William 65.
Bruce, James W. 109.
Brüning, F. 57.
Bühler, Charlotte 40.
Bujas, Ramiro 45.
Buijtendijk, F. J. J. 35.
Bulatao, E. 99.
Buschke, A. 6.
Cabot, Richard C. 48.
Caneghem, van 51.
Cannon, W. B. 98, 99.
Carnot, P. 78.
Catania, Vito 3.
Cavengt, Santiago 88.
Cazzamalli, Ferdinando 47.
Cedrangolo, Ermanno 78.
Cestan 68.
Chase, Walter D. 76.
Chauffard, A. 95.
Cockrill, J. R. 64.
Cole, Lloyd G. 81.
Coleman, Claude C. 62.
Collip, J. B. 100.
Cone, Vernon 81.
Coombs, Helen C. 14.
Cords, Richard 11.
Cornwall, Leon H. 68.
Croner, Else 42.
Crowell, C. 14.
D'Abundo, Emmanuele 72.
Dalley, Mary Elizabeth 63.
Damaye, Henri 68.
Daniélopolu, D. 2.
Démétriades, Th. D. 16, 26.
Derman, G. L. 10.
Deutsch, Felix 45.
—, Helene 34.
Dezwarte 12.
Dietel, Friedrich 104.
Diez, Julio 56.
—, Salvatore 109.
Dott, Norman M. 92.
Doxiades, L. 90.
Dreikurs, Rudolf 125.
Dumas, A. 64.
Easby-Grave, Charlotte 42.
Egloffstein, Leo von 119.
Ehrlich, S. L. 10.
Elekes, N. 7, 68.
Elsberg, Charles A. 82.
Elwyn, Herman 104.
Espinola, Rafael 85.
Everhart, Edgar S. 81.
Farrow, E. Pickworth 46.
Favill, John 84.
Faxon, D. E. 84.
Finckh 87.
Finkelstein, H. 94.
Fischer, Max 122.
Fisher, Fred 85.
Folly, E.-R.-M. 54.
Forcher, Hugo 120.
Fornara, Piero 68.
Franz, Ilse 7.
Frazier, Charles H. 92.
Freeman, Walter 73.
Fremel, F. 77.
Fremont-Smith, Frank 63.
Freud, P. 59.
Friedenthal, Hans 35.
Friedländer, A. A. 120.
Fuchs, A. 50.
Fulton, J. F. 20.
Galant, Johann Susmann 29. [41.
Gates, Georgina Stickland
Gaupp, Robert 121.
Gemünd, Wilh. 81.
Gerlach, Fr. 118.
—, W. 4.
Girot, L. 95.
Giurea, G. N. 84.
Glanzmann, E. 90.
Gleispach, W. 119.
Goldscheider 16.
Goldschmidt, Richard Hellmuth 82.
Gottlieb, R. 14.
Gottstein, A. 123.
Granberg, Knut 26.
Grant, Francis C. 92.
Graziani, Aldo 66.
Gregory, Arthur 84.
Grimminger, Walther 49.
Grote, A. 65.
Grunke, W. 88.
Grzegorzewska, M. 42.
Guiraud, P. 102.
Guttmann, Erich 102.
Häberlin, Paul 48.
Hall, Geo. W. 108.
Hansen, K. 29.
Hartmann, Heinz 107.
Havlicek, Hans 58.
Haye, A. 81.
Henckel, K. O. 121.
Henner, K. 77.
Henning, Hans 32.
Herrenschwand, F. v. 51.
Herrick, C. Judson 1.
Herrmann, G. 61.
Hess, W. R. 27.
Hesse, Robert 50.
Hidano, Ko 50.
Higier, Heinrich 103.
Hirsch, Oskar 49.
Hoche, A. 114.
Hoff, H. 81.
Hofschlaeger, Reinhard 87.
Hohman, Leslie B. 36.

Digitized by Google

Das Zentralblatt erscheint am 1. und 15. jeden Monats in Heften, die zu Bänden von etwa 63—64 Druckbogen vereinigt werden. Der Preis pro Band beträgt RM 60.—, für Mitglieder der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte und der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten RM 45.—, wenn der Bezug direkt von der Hirschwaldschen Buchhandlung, Berlin NW 7, Unter den Linden 68, als Versandstelle des Verlages für medizinische und naturwissenschaftliche Literatur, aus erfolgt. Das Zentralblatt ist ein referierendes Organ, das den ganzen Interessenkreis der Neurologie und Psychiatrie umfaßt und den Bedürfnissen ebenso des wissenschaftlich arbeitenden wie des praktischen Facharztes dient. Es berichtet schnell und eingehend über alle wichtigen Publikationen der Weltliteratur und steht in ständiger, der vollständigen und sachverständigen Berichterstattung auch auf den Grenzgebieten dienenden Verbindung mit folgenden, im gleichen Verlage erscheinenden anderen medizinischen Referatenblättern, die entsprechend organisiert sind und auf ihren Gebieten die gleichen Ziele verfolgen:

1. „Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete." Herausgegeben unter ständiger Aufsicht der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie;
2. „Kongreßzentralblatt für die gesamte innere Medizin und ihre Grenzgebiete." Offizielles Organ der Deutschen Gesellschaft (früher Deutscher Kongreß) für innere Medizin;
3. „Berichte über die gesamte Physiologie und experimentelle Pharmakologie." (Neue Folge vom Zentralblatt für Biochemie und Biophysik.) Unter Mitwirkung der Deutschen Physiologischen Gesellschaft und der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft herausgegeben;
4. „Zentralblatt für die gesamte Ophthalmologie und ihre Grenzgebiete";
5. „Zentralblatt für die gesamte Kinderheilkunde";
6. „Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie deren Grenzgebiete." Kongreßorgan der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, Organ der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in der Tschechoslowakischen Republik, Essener Dermatologischen Gesellschaft, Frankfurter Dermatologischen Vereinigung, Kölner Dermatologischen Gesellschaft, Magdeburger Dermatologen-Vereinigung, Münchener Dermatologischen Gesellschaft, Nordostdeutschen Dermatologischen Vereinigung, Schlesischen Dermatologischen Gesellschaft, Vereinigung Dresdener Dermatologen und Urologen, Vereinigung Rheinisch-Westfälischer Dermatologen, Wiener Dermatologischen Gesellschaft;
7. „Zentralblatt für die gesamte Tuberkuloseforschung." Organ der Vereinigung der Lungenheilanstaltsärzte, der Gesellschaft Pneumothorax artificialis und der Gesellschaft Deutscher Tuberkulosefürsorgeärzte;
8. „Zeitschrift für urologische Chirurgie", Referate;
9. „Zentralblatt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde sowie deren Grenzgebiete." Organ der Gesellschaft Deutscher Hals-, Nasen- und Ohrenärzte;
10. „Zentralblatt für die gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete." Organ der Berliner Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege;
11. „Berichte über die gesamte Gynäkologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete." Unter dem Protektorat der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie herausgegeben;
12. „Zentralblatt für die gesamte Radiologie";
13. „Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin", Referate. Organ der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin;
14. „Zeitschrift für die gesamte physikalische Therapie", Referate;
15. „Zeitschrift für Kinderforschung", Referate:
16. „Klinische Wochenschrift", Referate;
17. „Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen."

Referate über Bücher werden durch einen dem Titel vorstehenden ● kenntlich gemacht.

Zum Referat eingeforderte Monographien und Bücher werden besprochen, wenn ein Exemplar zu diesem Zweck zur Verfügung gestellt wird, andernfalls erfolgt nur Aufnahme des Titels in die Jahresbibliographie.

Holzweissig, Hans 95.
Horn, Ludwig 107.
Horowitz, H. 19.
—, W. 19.
Hunt, Louise 98.
Hurst, E. Weston 71.
Hutchinson, Robert 58.
Hutinel, J. 75.
Jacobi, Walter 18.
Jaensch, Erich R. 32.
—, P. A. 62.
Jedlička, V. 77.
Jensen, Erik 88.
Jirásek, Arnold 56.
Ikeda, Masao 7.
Inouye, Takeo 101.
Insabato, Luigi 75.
Ivanoff, S. 90.
Iwanaga, Ikutaro 3, 4.
Kamiat, Arnold Herman 46.
Kán, Gizella 31.
Kaneko, Renjiro 65.
Katz 37.
Kertész, Árpád 96.
Kestenbaum, Alfred 52.
Koehler, Georg-Dietrich 103.
Kohnstamm, Ph. 42.
Kostlivý, Stan. 80.
Kraus, Alfred 89.
Krause, Aleksander 94.
Kretschmer, M. 55.
Kurokwaa, Kiyoyuki 99,
Kwint, L. A. 67. [100.
Labbé, Marcel 89.
Ladwig 95.
La Grutta, L. 19.
Langelaan, J.-W. 80.
Langeron, M. L. 111.
Lapp, Chauncey M. 110.
Larguier des Bancels, J. 38.
Lassalle 63.
Latkowski, J. 66.
Laughton, N. B. 21.
Lautenschläger, A. 93.
Lechelle 74.
Lehmann, Alfred 47.
Lehner, E. 18.
Leiri, F. 29.
Lériche, R. 56.
Levi-Bianchini, M. 45.
Leyser, E. 48.
Lhermitte, J. 102.
Liddell, E. G. T. 20.
Livet, L. 97.
Locatelli, P. 12.
Löwenberg, K. 58.
Loizaga, Niceto S. 85.
Lortat-Jacob 81.
Lotmar, F. 44.
Luther, Friedrich 33.
Lutz, Anton 49.
Macco, G. di 18.
Macdonald, Hector 42.
Magnus, Georg 18.
Mainzer, Fritz 112.
Malerba, A. 79.
Maloens 60.
Marbe, Karl 45.
Marconi, Sandro 56.
Marcu, I. 2.
Marcuse, Julian 122.
Marie, A. 116.
Marin Moreno 53.
Marinesco, G. 78.
Markey, John F. 36.
Martino, Pedro J. 61.
Marx, Anton Maria 7.
—, H. 86.
Marzio, Q. di 53.
Mayoux 86.
McDougall, William 46.
McKendree, Charles A. 68.
Menninger, Karl A. 103.
Metz 8.
Metzger, E. L. 34.
Meyer, Hans H. 14.
Michel, Rudolf 118.
Miller, Clifton M. 52.
Mohr, L. 48.
Morpurgo, B. 18.
Mott, Frederick 83.
Muck, O. 26.
Mumford, P. B. 89.
Navarro, Juan Carlos 67.
Neck, M. van 84.
Negru, Elena 60.
Neugarten, Ludwig 104.
Niculescu, Ion T. 2, 49.
Niepokojczycka, J. 106.
Noack, Victor 127.
Nobécourt 91.
Noll, A. 52.
Nonne, M. 115.
Noodt, Klara 75.
Nyssen 77.
Obarrio, Johannes 66, 86.
Obregia, Al. 4.
Ogawa, S. 100.
Ohm, Johannes 76.
Ohmori, So 77.
Ollendorff, Helene 6.
Onari, K. 70.
Ormaechea, Juan B. 80.
Osann, E. 54.
Ostertag, B. 10.
Overhamm, Gregor 78.
Pagès 8.
Palmer, D. A. 84.
Panse, Friedrich 108.
Parhon, C. 94.
Paris, F. 104.
Pastrovich 115.
Paulian, Dem. 66.
Peiper, Herbert 83.
Pélissier 8.
Pende, N. 98.
Penfield, Wilder 9.

Fortsetzung des Autorenverzeichnisses siehe III. Umschlagseite.

Digitized by Google

Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

Band XLIII, Heft 1/2 S. 1—128

Referate.

Normale und pathologische Anatomie.

Bogaert, Ludo van: Introduction à l'étude de l'architecture cérébrale dans ses rapports avec la neurologie et la psychiatrie. (Einleitung zum Studium des Gehirnbaues in seinen Beziehungen zur Neurologie und Psychiatrie.) Journ. de neurol. et de psychiatrie Jg. **25**, Nr. 7, S. 433—456. 1925.

Es wird in großen Zügen eine historische Übersicht gegeben über die Bedeutung der klinischen Beobachtungen für die Erforschung der Hirnlokalisation unter besonderer Berücksichtigung noch zu lösender Probleme. Diese können mit Erfolg nur bewältigt werden durch sorgfältige Durchforschung des ganzen Gehirns nach architektonischen Gesichtspunkten und genauer Beachtung der histopathologischen Einzelheiten. *Hallervorden* (Landsberg, Warthe).

Herrick, C. Judson: The amphibian forebrain. II. The olfactory bulb of amblystoma. (Das Amphibien-Vorderhirn. II. Der Bulbus olfactorius von Amblystoma.) (*Hull laborat. of anat., univ., Chicago.*) Journ. of comp. neurol. Bd. **37**, Nr. 3, S. 373 bis 396. 1924.

Die eingehenden Untersuchungen Herricks über den Bau des Bulbus olfactorius der Urodelen, speziell des Amblystoma (und Necturus) bestätigen im ganzen unsere früheren Kenntnisse von der allgemeinen Struktur des Riechkolbens und auch von den Differenzen zwischen den Mitral- und Körnerzellen bei Säugern und bei niederen Vertebraten. Einzelne besonders wichtige Einzelheiten verdienen indes besonders hervorgehoben zu werden: So liegt z. B. die Olfactorius-Nervenschicht bei Amblystoma ganz außerhalb des Gehirns und ist von der Glomerulusschicht durch die äußere Grenzmembran der Hirnwand getrennt. Die letztere wird von den Fila olfactoria durchbohrt. Die Ependymzellen des Bulbus sind sowohl der äußeren wie der inneren Grenzmembran beigesellt und füllen den Raum zwischen diesen Häuten. Mitral- und Körnerzellen sind einfacher gebaut wie bei Säugern. Ihre Anordnung regt H. zu der Hypothese an, daß die Körnerzellen der Amphibien keine Polarität besitzen, deshalb Nervenreize durch ihre weitverzweigten 2 Fortsätze in jeder Richtung zu leiten vermögen und auf diese Weise durch kollaterale Entladungen von der Peripherie aus gereizter Mitralzellen auch solche Mitralzellen mitreizen bzw. ihre Reizung verstärken, die zur Zeit inaktiv sind. (I. vgl. dies. Zentrlbl. **42**, 16.) *Wallenberg* (Danzig).°°

Baba, Shoe: Über die Gegend des Oculomotoriuskernes beim Elefanten. (*Neurol. Inst., Univ. Frankfurt a. M.*) v. Graefes Arch. f. Ophth. Bd. **116**, H. 2, S. 324 bis 326. 1925.

Shoe Baba stellte am Oculomotoriuskern des Elefanten: 1. einen paarigen großzelligen Hauptkern; 2. das Fehlen eines Kernes von Perlia; 3. einen akzessorischen Kern von Edinger-Westphal und 4. einen Nucleus ellipticus fest. Ferner erwähnt der Autor ein wohl umschriebenes Grau, welches unter dem Boden des Aquaeductus zu beiden Seiten dorsolateral von der Raphe gelegen ist, das etwa in Höhe des Trochleariskernes beginnt und bis in die caudalen Anfänge des Oculomotoriuskernes reicht. Es scheint mit dem vom Ref. beim Menschen beschriebenen Supratrochleariskern identisch zu sein. *Jacobsohn-Lask* (Berlin-Lichterfelde).

Baba, Shoe: Über eine direkte Mittelhirn-Kleinhirnverbindung bei den Säugern (Tractustecto-cerebellaris). (*Neurol. Inst., Univ. Frankfurt a. M.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **98**, H. 5, S. 804—807. 1925.

Dem bei niederen Wirbeltieren (Fischen, Vögeln) schon lange bekannten, von Edinger auch bei Säugern gefundenen und beschriebenen Tractus tecto-cerebellaris hat Verf. eine vergleichend-anatomische Untersuchung dieses Bündels bei letzteren gewidmet. Danach kann es bei gewissen Vertretern der Säugetierreihe (vor allem bei Walen—Phocaena, Delphinus delphis, aber auch bei Pinnipediern — Phoca vitulina, bei Elefanten und beim Menschen) als deutliches kräftiges Faserband auftreten, das aus

637161

Digitized by Google

dem Vierhügeldach herabsteigt, zu beiden Seiten der Lingula cerebelli verläuft, sich in das vordere Drittel des Velum medullare anticum einsenkt, wo es in der Mittellinie mit dem der anderen Seite zusammentrifft, und zur cerebellaren Rinde anscheinend in Beziehung tritt. In einer 2. Gruppe (z. B. bei Prosimiern — Lemur catta, bei Viverra, Tragulus) erscheint das Bündel zwar noch verfolgbar, aber es ist viel weniger kräftig und von zarteren, stellenweise einzeln isolierbaren Faserelementen aufgebaut. In einer 3. Gruppe schließlich, und zwar bei Carnivoren (Katze, Hund), Marsupialiern (Macropus, Didelphys), Rodentiern (Arctomys, Cavia, Eichhörnchen), Xenarthra (Dasypus) und Insectivoren (Igel) sind Fasern, die man als tecto-cerebellares Bündel ansprechen könnte, überhaupt nicht nachweisbar. *M. Minkowski* (Zürich).

Nieulescu, Ion T.: Einige Daten von dem mesencephalopontinen Kern mit Blasenzellen. Spitalul Jg. 45, Nr. 12, S. 451—453. 1925. (Rumänisch.)

Die Arbeit enthält ein Studium über Anatomie, Histologie, Myelogenese und vergleichende Anatomie. Verf. glaubt, daß die Blasenzellen des Gehirnstammes, sowie die Blasenzellen der Clarkeschen Säule und die Zellen des Monakowschen Kernes einem einheitlichen System angehören. Es handelt sich um einen speziellen neuronalen Typ mit morphologischem Charakter, die den Zellen der Spinalganglien ähnlich sind. Die Blasenzellen sind in allen Segmenten des Zentralnervensystems verteilt, wo sich das zweite motorische Neuron findet. Es ist merkwürdig, daß die Blasenzellen von dem Lendenmark bis ungefähr zum Niveau des vorderen Pols des Oculomotorius zerstreut sind. Die genannten Blasenzellen stehen in Beziehung mit den motorischen Zellen, wahrscheinlich auch mit dem sympathischen Kern und mit den Kernen der tonuserhaltenden Motilität der betreffenden Segmente. Die medullo-bulbo-ponto-mesencephalen Blasenzellen bilden ein in die propriozeptiven sensiblen Bahnen eingeschaltenes Neuronensystem. *Urechia* (Klausenburg).

Bartels, Martin: Zur Lage der Seitenwenderbahnen in der Brücke. (*Städt. Augenklin., Dortmund.*) Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 75, Juli/Aug.-H., S. 61—66. 1925.

Bartels glaubt aus der Beobachtung eines Falles von Encephalitis lethargica, bei dem u. a. zunächst eine Parese der Innenwender der Augen, bei anfänglich erhaltener Konvergenz, später unter gleichseitiger leichter Facialisparese und Nystagmus auch eine Parese der Außenwender auftrat und bei dem die Erscheinungen in umgekehrter Reihe abklangen, den Schluß ziehen zu dürfen, daß die von den Vestibulariskernen zu den Innenwendern der Augen gehenden Fasern in der inneren Abteilung des hinteren Längsbündels zu suchen sind, während die Leitung zu den Außenwendern lateral davon liegt. Die Fasern für die Konvergenzimpulse laufen zwar in der Nähe der Innenwenderleitung, aber getrennt von dieser. *Wallenberg* (Danzig).

Daniélopolu, D., et I. Marcu: Anatomie du nerf vertébral chez le chien. (Anatomie des Nervus vertebralis beim Hund.) (*II. clin. méd., univ., Bucarest.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. 93, Nr. 27, S. 734—736. 1925.

Der von Francois Franck entdeckte Nervus vertebralis stammt vom 1. Thorakalganglion, verbindet sich mit dem 8. Cervicalnerven, verläuft dann nach aufwärts, um feine Ästchen zur Art. vertebralis abzugeben und Verbindungen mit dem 5. und 6. Cervicalnerven einzugehen. Die beiden Verff. haben 4 wesentliche Verlaufstypen des N. cervicalis festgestellt, die aber nicht sehr stark voneinander abweichen, wobei im übrigen die Anatomie dieses Nerven beträchtlichen Variationen unterworfen ist. Einen Ast zur prävertebralen Halsmuskulatur gibt der Nerv, der auch einmal geteilt vorkommen kann, jedoch konstant ab. *Stöhr jun.*

Terni, Tullio: Il ganglio toracico e la porzione cervicale del vago negli Uccelli. (Das Ganglion thoracicum und der Halsteil des Vagus bei Vögeln.) (*Istit. anat., univ., Torino.*) Arch. ital. di anat. e di embriol. Bd. 21, H. 3, S. 404—434. 1924.

Terni hat bei Vögeln (Huhn, Ente, Gans, Taube, Schwalbe, Sperling) aller Altersklassen und in embryonalem Zustande das Ganglion thoracicum und den Halsteil des Vagus untersucht. Er bediente sich dabei u. a. auch der Cajalschen „photographischen" Methode. Dabei kam er zu folgenden Ergebnissen: Der Vagus besitzt bei Vögeln prinzipiell die gleiche Konstitution wie bei Säugern, er hat ein Wurzelganglion, das dem Ganglion jugulare der Säuger homolog ist, und ein allerdings sehr weit distal verschobenes Ganglion thoracicum, das dem Ganglion nodosum der Säuger entspricht. Er ist streng vom Sympathicusstrang zu scheiden und enthält in seinen Ganglien die gleichen sensiblen Zellelemente wie die Säuger, die sich deutlich von den sympathischen Zellen der Sympathicusstränge trennen lassen. Die autonome „parasympathische" Natur des Vagus bezieht sich lediglich auf seine motorischen Elemente.

Digitized by Google

seine Ganglien besitzen rein cerebrospinalen Charakter, insbesondere auch das Ganglion thoracicum der Vögel. Dem Vagus ist in vielen, aber nicht allen Fällen ein kleines sympathisches Ganglion caudal vom Ganglion thoracicum beigesellt, ebenso besteht eine Menge von Anastomosen zwischen Vagusstamm und Sympathicussträngen und -ganglien. Das kann aber die rein cerebrospinale Natur der eigentlichen Vagusganglien nicht strittig machen.

Wallenberg (Danzig).₀

Catania, Vito: Il plesso del ganglio sottomascellare ed il suo ramo faringeo nell'uomo ed in alcuni mammiferi. (Der Plexus des Ganglion submaxillare und sein Ramus pharyngeus beim Menschen und bei einigen Säugern.) (*Istit. anat., univ., Carania.*) Arch. ital. di anat. e di embriol. Bd. 21, H. 4, S. 487—532. 1924.

Seit den klassischen Untersuchungen von Claude Bernard hat Cutore im Jahre 1910 zum ersten Male wieder einen Ramus pharyngeus des Ganglion submaxillare beschrieben, der zwischen M. pterygoideus internus und dem Constrictor pharyngis superior läuft und sich an den M. glosso-staphylinus, das Bindegewebe des Cavum pterygo-pharyngeum und den Constrictor pharyngis superior verzweigt, zuweilen mit dem N. lingualis anastomotisch verbunden ist und von ihm Fasern der Chorda tympani bezieht. Cutore fand ihn in 24 Fällen 20 mal, in 20 Fällen 18 mal. Jalifier in 24 Fällen 19 mal. Wenig bekannt war bisher die Struktur des Ganglion submaxillare bei Säugern außer dem Menschen. Catania hat nun mit den von Cutore und Jalifier angegebenen Sektionsmethoden das Ganglion submaxillare, seinen Ramus pharyngeus und dessen Zusammenhang mit der übrigen Innervation des Ganglion bei Menschen und Säugern (Hunden, Schweinen, Ziegen, Eseln, Mauleseln und Pferden) untersucht und kam zu folgenden Ergebnissen: Beim Menschen konnte er die Angaben von Claude Bernard, Jalifier und Cutore bestätigen, bei Säugern fand er einen dem menschlichen homologen Ramus pharyngeus gangl. submaxillaris nur bei Equiden. Beim Hunde besteht ein ganglienloser Plexus wie ihn Cl. Bernard bereits gesehen hat, beim Schwein ist der Plexus wie beim Menschen eng mit den G. subm. vereinigt, bei Equiden gehört der weit verzweigte Plexus dem Gangl. submaxillare und dem Ganglion sublinguale an und enthält zahlreiche Ganglien von verschiedener Größe, bei der Ziege enthält er bald nur ein, bald mehrere Ganglien. Weder bei Ziegen noch bei Equiden kann man von einem eigentlichen Ganglion submaxillare sprechen, sondern nur von einem „Plexus submaxillo-lingualis pluriganglionaris".

Wallenberg (Danzig).₀₀

Reimers, Hans: Der Plexus brachialis der Haussäugetiere. Eine vergleichend-anatomische Studie. (*Veterin.-anat. Inst., Univ. Leipzig.*) Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 1: Zeitschr. f. Anat. u. Entwicklungesch. Bd. 76, H. 6, S. 653—753. 1925.

Sehr gründliche, umfangreiche, rein descriptive, vergleichend anatomische Untersuchung, die am Plexus brachialis von Pferd, Rind, Schaf, Ziege, Schwein, Hund und Katze angestellt worden ist. Da die gesamte Arbeit sich ausschließlich aus einer Beschreiburg einer großen Menge von anatomischen Einzelheiten zusammensetzt, ist sie zu einem kurzen Referat nicht geeignet.

Stöhr jr. (Würzburg).₀

Iwanaga, Ikutaro: Studien über die motorischen Nervenendigungen. I. Ihre Histogenese. (*Pathol. Inst., Univ. Sendai.*) Mitt. über allg. Pathol. u. pathol. Anat., Sendai Bd. 2, H. 2, S. 257—341. 1925.

Die ersten nervösen Elemente treten als schmale, aus nur wenigen Achsenzylindern bestehende Bündel zwischen den Muskelfasern beim 2,9 cm langen menschlichen Fetus auf. Völlig isolierte Achsenzylinder treten nur zwischen Muskelfasern auf, die bereits mehr oder weniger weit differenziert sind. Nervenfaserbündel und isolierte Achsenzylinder bilden im frühen Fetalleben verschieden geformte Netze miteinander. Sehr häufig ziehen sehr feine Neurofibrillenbündel, die u. U. einen Achsenzylinder hervortäuschen können, zwischen den Muskelfasern hindurch. Achsenzylinder resp. Neurofibrillenbündel verbinden sich bis zum Stadium von 9 cm Körperlänge nicht mit den Muskelfasern (im Gegensatz zu Boekes Resultaten), und weisen niemals irgendwelche Varicositäten auf, die erst später sichtbar werden. Die Schwannschen Zellen kommen schon in ziemlich frühem Stadium innerhalb der Achsenzylinderbündel und die isolierten Achsenzylinder begleitend vor. Zu dieser Zeit sind sie noch spärlich und protoplasmaarm, allmählich vermehren sie sich, steigern ihre Protoplasmamasse bis gegen Ende des 5. Fetalmonats, um sie dann wieder zu verringern. Im 4. Fetalmonat treten die ersten büschelförmigen oder fächerartigen Aufzweigungen der Fibrillenbündel auf. Die entstehenden kurzen Ästchen tragen häufig an ihrem Ende feine Verdickungen, geben jedoch noch keine direkte Verbindung mit den Muskelfasern ein. Die Achsenzylinderspitzen wachsen aktiv zu den Muskelfasern hinaus, auf welchen sie später ihre Endigung bilden. Gleichzeitig folgen die Schwannschen Zellen eben dorthin: Ihr Zusammentreffen mit nervösen Endverdickungen auf einer Muskelfaser ist als das sicherste Merkmal einer in Bildung begriffenen, motorischen Endplatte zu bezeichnen. Eine Anhäufung von Muskelfaserkernen in ihrer Umgebung läßt sich nicht sicher beweisen. Die weitere Entwicklung der motorischen

Digitized by Google

Endigung kommt unter Vermehrung der Schwannschen Zellen, unter Bildung von Stromasubstanz und unter dem Auftreten des Telolemmas zustande. Die nervösen Elemente innerhalb der Endigung bilden allmählich unter verschiedentlicher Auflockerung der Fibrillen feine Netzwerke, die unter mannigfacher Verzweigung dann die endgültigen Geweihformationen entstehen lassen. *Stöhr jun.* (Gießen).

Iwanaga, Ikutaro: Studien über die motorischen Nervenendigungen. II. Die ausgebildeten Endigungen. (*Pathol. Inst., Univ. Sendai.*) Mitt. über allg. Pathol. u. pathol. Anat., Sendai Bd. **2**, H. 2, S. 343—369. 1925.

Die Untersuchung wurde an verschiedenen Skelettmuskeln, ferner an einigen Muskeln vom Auge und Kehlkopf beim Menschen angestellt. Die ausgebildeten motorischen Nervenendigungen erscheinen als ein semmelförmiger oder konischer Hügel und variieren in der Form ziemlich stark nach Individuum und Muskelart. Zwischen den Endästen war eine Anastomose niemals aufzufinden, in einen Endhügel tritt in der Regel nur ein einziger Achsenzylinder hinein, während die Endnetze selbst an Umfang und Form große Verschiedenheiten aufweisen. Das sog. periterminale Netzwerk beschränkt sich auf eine schmale Zone in der protoplasmatischen Substanz innerhalb der Endhügel: die Schwannschen Kerne sind bei den Augenmuskeln reichlich, bei den Zungenmuskeln spärlich. Eine Stromasubstanz ist immer vorhanden, variiert aber an Menge beträchtlich. Das Telolemma ist eine Fortsetzung der Schwannschen Scheide und geht kontinuierlich zum Sarkolemma über. Zwischen Endhügel und Muskelfasersubstanz besteht eine protoplasmaartige, dünne Zwischenschicht, die Sohlenscheibe, die wahrscheinlich durch Verschmelzung von Neuroplasma und Sarkoplasma zustande kommt. Die Neurofibrillen innerhalb der Endigung sind von einer dünnen, homogenen Protoplasmahülle umgeben. Ultraterminale Fasern kommen beim Menschen nur äußerst selten vor: zum Teil sind sie sicher kompensatorisch neugebildete Achsenzylinderäste, welche nach einer Degeneration der benachbarten Fasern entstehen. Die akzessorischen Fasern werden unter vielen Tausenden von Endigungen nur wenige Male gefunden: die akzessorischen Endplättchen kommen beim Menschen nur in den Augenmuskeln vor und treten in zwei mehr oder weniger verschiedenen Formen auf. *Stöhr jun.* (Gießen).

Schroeder, Alejandro: Zum Studium der normalen Histologie der peripheren Nerven. Anales de la fac. de med. (Montevideo) Bd. **10**, Nr. 1, S. 1—18. 1925. (Spanisch.)

Der Verf. hat an Hand von 21 etwas schematischen Abbildungen eine kurze zusammenfassende Darstellung über die normale Histologie des peripheren Nerven, insbesondere seiner Scheiden versucht. Es wurden zur Untersuchung die Nerven aus dem Plexus brachialis und lumbo-sacralis eines kleinen Säugetieres verwendet, in 10% Formol, Flemming, Osmiumsäure, Formol-Uran fixiert und mit Hämatoxylin nach Weigert, Heidenhain, mit Hämalaun, Eosin, Fuchsin und Safranin gefärbt. Die dabei gefundenen Resultate, die durchaus Bekanntem entsprechen, sind folgende: 1. Die Schwannsche Scheide hat zelligen Charakter und bildet eine Einheit mit den Schwannschen Kernen. 2. Die Schmidt-Lantermannschen Einkerbungen sind am lebenden Nerven vorhanden und nehmen wahrscheinlich an Zahl zu als eine Art Reaktion bei Verletzungen des Nerven. Dies soll in einer Arbeit desselben Autors über die Degeneration des Nerven in überzeugender Weise gezeigt werden. 3. Das sog. Neurokeratinnetz ist ein protoplasmatisches Netz, in dessen Maschen das Myelin eingeschlossen ist, ganz ähnlich wie bei den Fettzellen der niederen Tiere. 3. Die besondere Verteilung dieses protoplasmatischen Netzes in der Höhe der Einschnürungen erklärt die verschiedene Färbbarkeit des Achsenzylinders innerhalb der interanulären Segmente und in der Höhe der Einschnürung durch das Silbernitrat. *E. Herzog* (Heidelberg).

Obregia, Al.: Ein bedeutungsvolles anthropologisches Zeichen. Spitalul Jg. **45**, Nr. 12, S. 422—423. 1925. (Rumänisch.)

Der linke Halbumfang des Schädels ist im normalen Zustande größer (nach der Meinung des Verf.). Findet man ihn kleiner als den rechten, dann spricht er von einem Degenerationszeichen. *Urechia* (Klausenburg).

Gerlach, W.: Über Megalencephalie. Biol. Abt. d. ärztl. Ver. Hamburg, Sitzg. v. 24. XI. 1925.

Vortr. bespricht zunächst allgemein-pathologisch die Fragen der Beziehungen zwischen Größe bzw. Masse und Funktionstüchtigkeit eines Organs. Will man zu brauchbaren Schlüssen in dieser Frage kommen, so kann man sie nur aus groben Abweichungen nach der Plus- und Minusseite gewinnen. Von ganz besonderem Interesse ist die Frage der Beziehungen zwischen

Digitized by Google

Masse und Funktion bei dem Gehirn, und sie ist schon des öfteren Gegenstand der Bearbeitung gewesen. An Hand eines selbstbeobachteten außergewöhnlich schweren Gehirnes bei einem Manne mit normaler Intelligenz wird der ganze Fragenkomplex besprochen. Zunächst geht Verf. ein auf die Durchschnittsgewichte und Normalgewichte des Gehirns und erläutert an Tabellen die weiten physiologischen Schwankungen. Um das statistische Material von Hirnwägungen vergleichen zu können, muß man die Beziehungen zu Geschlecht, Alter, Körpergröße und Körpergewicht heranziehen. Doch ergibt eine genaue Untersuchung der gegenseitigen Beziehungen dieser Faktoren, daß sie äußerst inkonstant sind und daß es heute noch nicht möglich ist, einen zahlenmäßigen Index für diese Beziehungen anzugeben. Besonders geeignet zur Klärung der genannten Fragen sollten die Elitegehirne berühmter Männer und besonders schwere Gehirne sein. Bei den letzteren, den sog. Megalencephalien, scheiden natürlich für unsere Untersuchung die pathologisch veränderten, abnorm schweren Gehirne aus. Der Vortr. selbst beobachtete bei einem 37jährigen Manne, der im Buchhändlerberuf tätig war, ein Gehirn von 2140 g Gewicht ohne Liquor, d. h. es handelt sich um das fünftschwerste bisher beobachtete Gehirn überhaupt, das zweitschwerste eines Individuums mit normaler Intelligenz. Die Vergrößerung war eine völlig proportionale, an der auch das Kleinhirn und das Rückenmark teilnahm. Der Kopf bot ganz das Bild eines Hydrocephalenkopfes, kleines spitzes dreieckiges Gesicht und darüber der mächtig ausladende Schädel. Die mikroskopische Untersuchung der verschiedensten Regionen, der Vergleich mit Normalbildern der gleichen Regionen, die Messung zahlreicher Ganglienzellen aus bestimmten Territorien ergab, daß es sich um ein völlig normales histologisches Verhalten handelte, daß also eine ganz reine Hirnhyperplasie vorlag, also dasjenige, was Virchow als physiologisches Cephalom bezeichnet hat. Von Wichtigkeit sind die Beziehungen dieser schweren Gehirne zum Hydrocephalus. Während bei manchen der schweren Gehirne die Ventrikel klein und spaltförmig erschienen, waren sie hier groß, aber nur entsprechend der Größe des Gehirns. Allerdings linderten die häufig vorgenommenen Lumbalpunktionen etwas die Druckbeschwerden, an denen der Patient litt. Jedenfalls ergibt der Fall zweifellos, daß es unrichtig ist, ohne weiteres aus der Schädelform den Hydrocephalus zu diagnostizieren, eine Megalencephalie kann äußerlich völlig dasselbe Bild bieten. Ätiologisch wissen wir so gut wie nichts über die Ursache der Megalencephalie. Die innersekretorischen Theorien können als abgetan bezeichnet werden. Erbliche Belastung spielt bei einem Teil der Fälle sicher eine Rolle. Bei den reinen Hyperplasien handelt es sich um Wachstumsexzesse von richtiger Gewebsmischung, also um echte Mißbildungen. Die Familienanamnese ergibt im vorliegenden Falle das familiäre Auftreten erheblicher Mißbildungen: eine Schwester Aplasie der Gallenblase, eine andere Fehlen des Zungenbändchens, Gaumenspalte. Der Träger des großen Gehirns war von Kind an geistig normal und entwickelte sich gut, ergriff zunächst den Zeichenlehrer-, dann den Buchhändlerberuf. Als Kind war er zeitweise unter den Erscheinungen einer spastischen Spinalparalyse krank, die sich besserte, so daß man später doch bei dem sehr eigenartigen Krankheitsbild an einen Hydrocephalus dachte (Nonne). Unter den 30 schwersten Gehirnen der Literatur waren 6 überbegabt (davon einer unsicher), 11 mittelbegabt und 13 schwer krank, bis zu völliger Idiotie. Hier ergibt sich also keinerlei Beziehung zwischen abnormer Gehirngröße und Intelligenz. Einzelne Untersuchungen lassen darauf schließen, daß die Gehirne bedeutender Männer tatsächlich an der oberen Grenze der Norm liegen, doch sind auch hiervon viele Abweichungen bekannt. Die Untersuchung von Elitegehirnen hat ebenfalls keineswegs zu eindeutigen Resultaten geführt. Die Ausbildung bestimmter Rindenbezirke bei einer bestimmten geistigen Qualität konnte Maurer an dem Gehirne Ernst Haeckels nachweisen, doch lehrt die Untersuchung zahlreicher Gehirne, daß solche auffallende Ausbildungen bestimmter Windungsbezirke auch vorhanden sein können, ohne daß der Träger des Gehirns in gleicher Weise überbegabt gewesen wäre. Der Vortr. kommt zu dem Ergebnis, daß ein hohes Hirngewicht keinen Schluß auf die Funktionstüchtigkeit des Organs, also die Intelligenz, zuläßt, noch daß ein geistig bedeutendes Individuum notwendig ein hohes Hirngewicht haben muß.

Autoreferat (durch *Wohlwill* [Hamburg]).

● **Tendeloo, N. Ph.: Allgemeine Pathologie. 2. verb. u. verm. Aufl.** Berlin: Julius Springer 1925. XII, 1040 S. G.-M. 66.—.

Beim Erscheinen dieses Buches, das jetzt in 2. Auflage vorliegt, habe ich hier seine originelle Anlage und seine reichen Vorzüge eingehend gewürdigt, und inzwischen hat dieses Werk soviel Beifall gefunden, daß es überflüssig wäre, seine Bedeutung noch einmal hervorzuheben. Die 2. Auflage hat eine Vermehrung des Stoffes und stellenweise Umarbeitungen der Darstellungen erfahren, so speziell hinsichtlich des Zusammenhanges von stofflichen Veränderungen und Störungen der Tätigkeit. Von größerem Umfange sind die Ergänzungen zum Kapitel der Avitaminosen und der Veränderungen der Nerven, wobei besonders die Kriegserfahrungen berücksichtigt werden. Ausführlicher als früher ist die exsudative und degenerative Entzündung behandelt, ebenso auch das

Digitized by Google

Kapitel der Reizung und Schädigung von Zentren, Bahnen und Koordinationsmechanismen. Es haben also auch gerade die Abschnitte über die peripheren Nerven und über die Tätigkeit des Zentralnervensystems eine wichtige Neubearbeitung erfahren. *Sp.*

Redlich, Emil: Carcinom und Nervensystem. Sonderdruck aus: Krebskrankheit S. 121—132. 1925.

Verwertung von 62 selbstbeobachteten Fällen. Das Zentralnervensystem, und zwar das Gehirn, kann der Sitz eines primären Carcinoms sein. Es kann das Carcinom eines dem Nervensystem benachbarten Organs direkt oder indirekt durch Bildung von lokalen Rezidiven bzw. Metastasen auf Teile des Nervensystems übergreifen und einwirken und dadurch klinische Erscheinungen hervorrufen. Das Häufigste aber ist die Metastasierung von Carcinomen in das Zentralnervensystem selbst oder in die dasselbe umgebenden knöchernen Hüllen (z. B. die Wirbelsäule). Es gibt schließlich eine Reihe von Fällen, wo bei Carcinomkranken Erscheinungen von seiten des peripherischen oder des Zentralnervensystems auftreten, ohne daß dieses direkt lädiert wäre, für deren Zustandekommen toxische, durch das Carcinom direkt oder indirekt ausgelöste Schädlichkeiten verantwortlich gemacht werden. Bei Metastasierung von Carcinomen verschiedener Organe ins Zentralnervensystem ist das Gehirn viel häufiger betroffen als das Rückenmark. Das Carcinom der Mamma ist besonders der Ausgangspunkt der Metastasierung ins Nervensystem. Auch nach längerem Zeitraum (7, ja 15 Jahre) kann es zur Entwicklung von Metastasen im Gehirn kommen. Metastasen trifft man an im Gehirn selbst, an der Hirnbasis, in den Meningen (epitheloide Zellen im Lumbalpunktat!). Im Rückenmark ist die Cauda equina bevorzugt. Die Metastasen in der Wirbelsäule sind sehr häufig und lösen oft schwere klinische Erscheinungen aus. Als primärer Tumor steht auch hier das Mammacarcinom obenan. Für Mono- und Polyneuritiden sind toxische Produkte verantwortlich zu machen. Bei älteren Individuen, wo sich die Erscheinungen eines Tumor cerebri oder schwere spinale Symptome entwickeln, muß immer an die Möglichkeit gedacht werden, daß es sich um Metastasen eines okkulten Carcinoms handelt, nach dem sorgfältig gefahndet werden muß. Von Wichtigkeit ist in solchen Fällen die Entwicklung einer typischen Kachexie. Therapie: chirurgisch, Röntgentiefenbestrahlung; evtl. bleibt nur Morphium übrig. *Kurt Mendel.*

Schreiner, Karl: Über histopathologische Veränderungen am Zentralnervensystem bei Pemphigus. (*Dermatol. Univ.-Klin., Graz.*) Dermatol. Wochenschr. Bd. 81, Nr. 43, S. 1559—1562. 1925.

Bei einem Fall von Pemphigus vulgaris fand Verf. im Ammonshorn Ganglienzellzerfall mit Gliaumklammerung, auch sonst progressive und regressive Veränderungen an der Glia, vor allem starke Vermehrung der oberflächlichen Faserglia, letzteres auch an der übrigen Hirnrinde.

Verf. stellt die Veränderungen denjenigen an die Seite, die de Crinis bei experimenteller Säurevergiftung und bei von ihm auf acidotische Stoffwechselstörungen zurückgeführten Spontanerkrankungen gefunden hat, und meint, daß es sich beim Pemphigus um eine Toxikose mit direkter Wirkung auf das Nervensystem handle, die dann durch Innervationsstörung der Hautgefäße zu Erythem und Blasenbildung führe. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Buschke, A., und Helene Ollendorff: Anatomische Veränderungen im Zwischenhirn bei Pemphigus vulgaris. (*Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.*) Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 44, S. 2113. 1925.

Bei einem 71jährigen Pat. mit Pemphigus vulgaris fand Bielschowsky im Nucl. paraventricularis außer starker capillarer Hyperämie an den Ganglienzellen zentrale Tigrolyse, exzentrische Lagerung des Kerns, stellenweise Auflösung der Zelle mit Gliareaktion; bei einem zweiten Fall mit Apoplexie sind die gleichen Veränderungen kaum verwertbar, da auch im übrigen Gehirn starke Veränderungen bestehen. In einem dritten nur klinisch beobachteten Fall wies ein gleichzeitig bestehendes Parkinson-artiges Bild vielleicht auf entsprechende Prozesse hin. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Digitized by Google

Marx, Anton Maria: Kongenitaler Varix des Sinus longitudinalis inferior. (*Gerichtl.-med. Inst., dtsch. Univ. Prag.*) Med. Klinik Jg. 21, Nr. 43, S. 1612—1614. 1925.

3 Tage altes männliches Kind. Geburt normal. Plötzlich schwere Cyanose und kurz darauf Exitus. Sektion: Sinus longitudinalis knapp vor seiner Einmündung in den Confluens sinuum zu einem eiförmigen Sack erweitert. Derselbe war mit geronnenem Blute vollständig ausgefüllt; es handelte sich um eine variköse Erweiterung im Sinus longitudinalis inferior. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, daß die Wand des Varix eine auffallende Verschiedenheit in der Wanddicke darbot: diese Wand war zum Teil ziemlich kräftig entwickelt, an anderen Stellen aber stark verdünnt und wurde an einzelnen Stellen nur von Intima und einer dünnen Bindegewebsschicht gebildet. Verf. nimmt an, daß es sich hier um eine angeborene Schwäche der Venenwand handelt. Die bei der Geburt in Kopflage auftretende Blutstauung in den Schädelvenen, sowie der Unterschied des Druckes innerhalb der Gebärmutter und des Außendruckes trugen wohl zur Bildung des Varix mit bei. „Forensich kommt dem Falle insofern Bedeutung zu, als ein solcher Varix bei Einwirkung eines schon geringgradigen Traumas platzen und zu einer tödlichen Blutung in die Schädelhöhle führen kann. Es ist wichtig, das gelegentliche Vorkommen von Varicen in den Hirnsinus zu kennen, um in Fällen von tödlichen Blutungen in die Schädelhöhle ohne jegliches oder nach geringfügigem Trauma nach solchen Varicen zu suchen, wenn eine andere Ursache für die Blutung nicht feststellbar ist, da ein kleiner Varix, einmal geplatzt, leicht übersehen werden kann." *Kurt Mendel.*

Franz, Ilse: Über multiple Hirnsubstanzhernien. (*Stadtkrankenh., Dresden-Friedrichstadt.*) Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 33, H. 1, S. 72—79. 1925.

Hirnsubstanzhernien fanden sich unter 220 Sektionen 51 mal = 12,7%, und zwar in der mittleren Schädelgrube lateral vom Ganglion Gasseri. Mikroskopisch konnte ein Unterschied der bei Hirntumor vorkommenden und der sog. „physiologischen" Hernien nicht festgestellt werden. Fast immer ist das innere, nur selten das äußere Durablatt durchbrochen. Die weichen Häute verdünnen sich an der Durchtrittsstelle und breiten sich in den Duraspalten aus. Ein vollständiger Piaüberzug ist meist nicht vorhanden. Das durchgetretene Gewebe besteht meist aus abnorm kernreicher Glia, bisweilen mit reichlichen Fettkörnchenzellen. Ganglienzellen sind in $^1/_3$ der Fälle nachweisbar. Klinische Symptome machen die Hernien nicht. Als Ursache kommt Hirndrucksteigerung nur für die hochgradigen Veränderungen, auch an der Konvexität, in Frage. Doch sind sie auch bei Tumor keineswegs ein regelmäßiger Befund. Für die Entstehung der „physiologischen" Hernien kommt die Schwere des Gehirns bei aufrechtem Gang in Betracht, wenn gleichzeitig angeborene Lücken und Spalten in der Dura und Pia vorliegen. Dann können geringe Hirndruckschwankungen, wie sie auch beim Hirngesunden vorkommen, die Hernien hervorrufen. Zweimal fand Verf. Tuberkel, einmal Carcinommetastasen bei Lungenkrebs als Zufallsbefund in den Hernien. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Ikeda, Masao: Zur pathologischen Histologie des Plexus chorioideus bei verschiedenen Erkrankungen. (*Pathol.-anat. Inst., Univ. Fukuoka.*) Okayama-Igakkai-Zasshi Nr. 428, S. 900—926 u. dtsch. Zusammenfassung S. 927—928. 1925. (Japanisch.)

Verf. berichtet in einem Autoreferat über 188 Fälle, in denen er bei verschiedenen Erkrankungen, vorwiegend infektiösen, den Plexus chorioideus untersucht hat. Beachtenswert ist die Feststellung, daß auch bei infektiösen Prozessen in der Brust- und Bauchhöhle gewisse Veränderungen im Plexus chorioideus erkennbar waren, die als Zeichen einer Entzündung gedeutet werden. Es fanden sich Infiltrationen mit mononucleären Zellen und spärlichen Leukocyten im Zottenstroma und im perivasculären Gewebe. *Max Bielschowsky* (Berlin).

Urechia, C. I., et N. Elekes: La dégénérescence colloïde du cerveau. (Die Kolloiddegeneration des Gehirns.) Encéphale Jg. 20, Nr. 8, S. 570—577. 1925.

Der Mitteilung liegt eine Beobachtung von progressiver Paralyse zugrunde, bei der an mehreren Stellen der Occipitalregion Herde mit hyaliner bzw. kolloider Degeneration vorhanden waren. Sie hatten eine relativ geringe Ausdehnung und betrafen vornehmlich die graue Substanz. Das kolloidale Material bestand aus runden Konkrementen und lag im „interstitiellen Gewebe" und in den Gefäßwänden. Es handelt sich im wesentlichen um Gebilde von der gleichen Form und Beschaffenheit, die wir als Pseudo-

Digitized by Google

kalkkonkremente und als deren Vorstufen zu bezeichnen pflegen. Was die Reaktionsweise des kolloidalen Materials anlangt, so wurde festgestellt, daß es sich nach Hortege positiv färbt, während es nach Bielschowsky ungefärbt bleiben soll. Innerhalb der kolloidalen Degenerationszone wurden massenhaft Spirochäten in dichtester Anordnung wie in einer Reinkultur gefunden. Unter den Parasiten waren auch solche von ungewöhnlicher Form und Größe vorhanden. Die naheliegende Vermutung, daß zwischen der Spirochätensammlung und der Kolloidanhäufung im Gewebe ein direkter Zusammenhang besteht, weisen die Verff. aus dem Grunde zurück, weil ganz analoge Spirochätenbefunde ohne kolloidale Degeneration beschrieben worden sind.

Max Bielschowsky (Berlin).

Berberich, J., und R. Bär: Fettbefunde im Gehirn fetaler und neugeborener Tiere. (*Univ.-Ohrenklin., Frankfurt a. M.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 31, S. 1287 bis 1289. 1925.

An einem Material von 52 Gehirnen fetaler und neugeborener Tiere haben die Verff. nachgewiesen, daß fetthaltige Zellen in der eigentlichen Substanz des Gehirns normalerweise nicht vorkommen; ihre Anwesenheit ist immer als Ausdruck eines pathologischen Vorganges zu bewerten. Damit werden die Befunde von Schwartz, Siegmund u. a. bestätigt. *Hallervorden* (Landsberg-Warthe).

Metz: Über die Bewegungsfähigkeit der Hortega-Zellen (Mikroglia). Jahresvers. d. Ver. nordwestdtsch. Psychiater u. Neurol., Rostock, Sitzg. v. 24.—25. X. 1925.

Del Rio Hortega hat angegeben, daß die von ihm entdeckten Stützgewebszellen des Zentralnervensystems (Mikroglia-Hortega-Zellen) eine starke Bewegungsfähigkeit besitzen, daß sie schnell von entfernten Stellen her durch das nervöse Gewebe dorthin wandern können, wo Zerfallsprodukte auftreten. In einer früheren Arbeit (vgl. dies. Zentrlbl. **37**, 228) erklärten Spatz und ich es für sehr unwahrscheinlich, daß diese stark verzweigten Elemente wandern könnten. Bei den von Neubürger (München) und mir am reifen Gehirn fortgesetzten Untersuchungen ergab sich, daß das Hortega-Zellenprotoplasma wohl gewisse Ortsveränderungen vornimmt, wenn eine Hypertrophie zustande kommt. Dabei verbreitern und verlängern sich die Fortsätze, der perinucleäre Zelleib kann sich plattenförmig ausdehnen. Es sind Erscheinungen, die bei jedem Wachstum vorkommen. — Über Ortsveränderungen bei Hyperplasie der Hortega-Zellen ließen sich Beobachtungen machen an frischen Blutungsherdchen. In ihrer Umgebung waren die Hortegazellen sehr stark vermehrt und lagen in Reihen hintereinander. Die Erscheinungen waren dahin zu deuten, daß die Hortega-Zellen der Umgebung sich mehrfach geteilt hatten, so zwar, daß von den Tochterzellen eine immer näher gegen das Zentrum der Blutung zu liegen kam. Indem dieser Vorgang an den Tochterzellen sich mehrfach wiederholte, rückten sie immer näher an den Herd, so daß sich schließlich um und in ihm Hortega-Zellen anhäuften. Auch dieser Vorgang ist nicht als Wanderung zu bezeichnen. — Bei diffuser Hyperplasie von Hortega-Zellen waren in sehr akuten Prozessen neben Mitosen auch Paare dieser Elemente zu sehen, letztere aber nur selten; zu Rasenbildungen wie bei Astrocyten kommt es dabei nicht. Vielmehr liegen in Gebieten, wo die Hortega-Zellen allgemein vermehrt sind, sie einzeln, in Abständen voneinander, isoliert. Sie müssen sich also nach den Teilungen getrennt und voneinander wegbewegt haben. Der Betrag solcher Ortsbewegung fällt aber auch nicht unter den Begriff der Zellwanderung, sondern ist noch dem Wachstum zuzurechnen. Wie dieses Wachstum erfolgen mag, ließen einzelne Gliasterne und die senilen Plaques erkennen. Bei ihnen schienen Hortega-Zellen der Umgebung gegen das Zentrum der Herde hinzuwachsen, indem sie dabei unipolare Gestalt annahmen, und zwar so, daß der Kern der Hortega-Zellen in dem herdnahen Abschnitt ihres Protoplasmas lag. Aus Untersuchungen an pflanzlichen und tierischen Zellen (Haberlandt und Korschelt) ist festgestellt, daß der Zellkern sich dorthin verschiebt, wo der stärkste Stoffwechsel oder Wachstum der Zelle erfolgt. Die unipolaren Zellen der Gliasterne und um die Plaques sind demnach auch als Wachstumsformen anzusprechen. In ähnlicher Weise, wie sie sich bewegen, werden bei diffuser Hyperplasie die Hortega-Zellen sich gegeneinander verschieben. Auch dabei handelt es sich also um Wachstumserscheinungen. Es wurde nicht gefunden, daß Hortega-Zellen im reifen Gehirn zu wandern vermögen. *Autoreferat* (durch *Walter* [Rostock]).

Pagès, Benoit et Pélissier: La dégénérescence mucocytaire de la névroglie, sa valeur en clinique et en physio-pathologie générale. (Die mucinöse Degeneration der Neuroglia und ihre Bedeutung in klinischer und allgemeiner physio-pathologischer Hinsicht.) (*Clin. des maladies nerv. et ment., univ., Montpellier.*) Encéphale Jg. **20**, Nr. 8, S. 587 bis 598. 1925.

Die Verff. beschreiben eine eigentümliche, bisher wenig gewürdigte Form de-

Digitized by Google

generativer Veränderungen in der Neuroglia, die sich besonders an deren interfasciculären Elementen vollzieht. Der Beginn des Prozesses besteht in einer Schwellung der Neuroglia und ihrer Kerne, dann entwickeln sich vom perinucleären Endoplasma aus Streifen in strahlenförmiger Anordnung, zwischen denen Einschlüsse mit den charakteristischen Eigenschaften des Schleimes liegen. (Basophilie, Metachromasie für basische Anilinfarbstoffe, besondere Affinität für das Mucicarmin von Mayer.) Die Schleimpartikelchen, welche zuerst ein kompaktes und homogenes Aussehen besitzen, nehmen später ein mehr schaumartiges Gepräge an, welches zur Vakuolisation führt. Der Kern degeneriert, und schließlich geht die Zelle auf diesem Wege zugrunde. Die Schleimbildner bevorzugen die weiße Substanz des Gehirns und hier besonders den Balken, den Stabkranz und die innere Kapsel. Gelegentlich wird aber auch die graue Substanz mit betroffen. Der im Laufe der Degeneration freiwerdende Schleim gelangt auf dem Wege der Virchow-Robinschen Lymphscheiden an die innere und äußere Oberfläche des Gehirns und kann schließlich im Liquor nachgewiesen werden (Überschichtungsprobe mit Zitronensäure). Die Verff. haben den Liquor von 130 klinisch ganz verschiedenartigen Fällen untersucht, und in einem hohen Prozentsatz positive Resultate erzielt. Unter normalen Verhältnissen wurde bei Anwendung der gleichen Untersuchungstechnik niemals Schleim im Liquor gefunden. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß unter 31 Fällen von epidemischer Encephalitis 27 positiv, also nur 4 negativ ausfielen. Bei Tabes und progressiver Paralyse ist die Mucinreaktion des Liquors im allgemeinen negativ. Bei Lues cerebrospinalis wurde sie dagegen in 2 Fällen positiv gefunden, ein Umstand, der vielleicht bei diagnostisch zweifelhaften Fällen zur Klärung beitragen kann. Positiv war der Liquorbefund auch bei 2 Fällen von postinfektiöser Verwirrtheit und in gewissen Fällen von Dem. praecox, welche mit Verwirrtheit und halluzinatorischen Störungen einhergingen. Die Verff. sind geneigt, einen kausalen Zusammenhang zwischen den psychischen Symptomen und der Gliaveränderungen anzunehmen, und zwar soll die Isolation der nervösen Leitung in den langen Bahnen der weißen Substanz durch die mucocytäre Degeneration der Glia Schaden erleiden. Sie stützen sich dabei auf Ramony Cajal, der dem Retraktions- und Extensionsgrad der gliösen Zellfortsätze eine bedeutsame Rolle im Ablauf psychischer Vorgänge beimißt. Es braucht wohl kaum gesagt zu werden, daß diese Hypothese nicht diskutierbar ist. Ref. möchte bemerken, daß diese mucocytäre Degeneration der Neurogliazellen sich mit der von Alzheimer beschriebenen „amöboiden" Veränderung in vieler Hinsicht deckt, und daß ihr irgendeine pathogonostische Bedeutung für bestimmte Krankheitsformen nicht innewohnt. Tatsache ist, daß bei chronisch verlaufenden Encephalitisfällen, insbesondere auch bei postencephalitischem Parkinsonismus, Veränderungen in der Glia der Zentralganglien von derselben Art, wie sie hier von den Verff. beschrieben werden, nicht selten vorkommen. *Max Bielschowsky.*

Penfield, Wilder: Phagocytic activity of microglia in the central nervous system. (Phagocytäre Tätigkeit der Mikroglia im Zentralnervensystem.) (*Pathol. laborat., Presbyterian hosp., Philadelphia.*) Proc. of the New York pathol. soc. Bd. **25**, Nr. 1/5, S. 71—77. 1925.

Die aus anderen Arbeiten bereits bekannte Tatsache, daß hauptsächlich die Mikrogliaelemente den Ursprung der Gitter- und Abbauzellen darstellen, wird auseinandergesetzt unter Anlehnung an die Auffassung Rio-Hortegas, nach der diese ursprünglich amöboiden und später im Gehirn seßhaft gewordenen mesodermalen Elemente bei Anregung ihrer phagocytären Tätigkeit wieder amöboid und wanderungsfähig werden. In 2—5 Tagen nach experimenteller Verletzung des Gehirns kann man alle Stadien dieser Umwandlung verfolgen. Die Ableitung der Stäbchenzellen von der Mikroglia und die Betätigung der letzteren beim Abbau von Gliafortsätzen (Dendrophagocytose), die Verf. früher bei Gliomen beschrieben (vgl. dies. Zentrlbl. **41**, 136) und neuerdings in einer Gliawucherung am Rand einer hydromyelischen Cyste beobachtet hat, werden besprochen. Alsdann werden besonders die Parallelen der Mikro-

Digitized by Google

glia mit dem übrigen Makrophagen- (retikulo-endothelialen) System hervorgehoben: Die Mikroglia speichert Farbstoffe und Eisen wie letzteres, und die sonstigen Makrophagen lassen sich nach Rio-Hortega gut darstellen. Sehr gut war diese Parallele zu demonstrieren an einer experimentellen Hirnverletzung, bei der die Rio-Hortega-Methode im Gehirn die aktivierten Mikrogliaelemente, in dem darüber gelegenen Muskel in elektiver Weise die Makrophagen zur Anschauung brachte. *Fr. Wohlwill.*

Ehrlich, S. L., und G. L. Derman: Zur Frage der neurogenen Fibrome in klinischer und pathologisch-anatomischer Beziehung. (*Inst. f. Laborat.-Diagnost., Charkow.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 258, H. 1/2, S. 405—413. 1925.

Es werden 2 Fälle aus dem Gebiet der nichtsystematisierten neurogenen Geschwülste mitgeteilt. Im ersten wurde bei einem 22jährigen Patienten, der unter der Diagnose „Ulcus oder Stenosis pylori" operiert wurde, ein gänseeigroßer Tumor der Magenwand entfernt, der histologisch als neurogenes Fibrom anzusprechen war. Im zweiten handelte es sich um ein Neoplasma der Mamma, das 18 Jahre vor der Operation im Anschluß an einen Stoß mit dem Flintenkolben gegen die Brustdrüse entstanden war. Der Tumor wuchs nach Art eines Cancer en cuirasse infiltrierend bis in die Muskulatur hinein und stellte ein unreifes Neurinoma malignum fibromatodes dar. In beiden Fällen war die histologische Struktur durch fibrillär kernige Massen charakterisiert, die zum Teil Rosetten, strahlige Kränze und andere strahlige Gebilde bildeten. Beide Tumoren stellen neue Formen der in der Literatur schnell zunehmenden Gruppe unreifer Neurome dar. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Volland: Über traumatische Gliomentstehung. (Bemerkungen zu den Ausführungen K. Neubürgers in Nr. 13, 1925 dieser Wochenschrift.) (*Epilept. Anst., Bethel b. Bielefeld.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 37, S. 1544—1546. 1925.

Vgl. dies. Zentrlbl. 41, 484.

Als Stütze für die Neubürgersche Hypothese, daß auf dem Boden alter traumatisch entstandener Hirnnarben sich Gliome entwickeln können, berichtet der Verf. über einen Fall, bei dem 21 Jahre nach einem Knochenbruch der linken Stirnbeinhälfte Anfälle von Bewußtlosigkeit, Kopfschmerzen und Schwindel sich entwickelten. Später gesellten sich dazu noch epileptische Anfälle, Lähmung des rechten Armes und ein lang andauernder Zustand völliger Bewußtlosigkeit. Der Patient wurde trepaniert und eine Knocheninfraktion beseitigt. Ein phlegmonöser Prozeß am Oberschenkel führte interkurrent den Exitus herbei. Bei der Sektion wurde ein Gliom im rechten und linken Stirnlappen festgestellt, das angeblich von einer traumatischen Hirnnarbe der linken Stirnlappenhälfte ausging. Außerdem fand man eine Tumorbildung in der rechten Niere. Das Gliom besaß typisch infiltrativen Charakter und enthielt neben Spinnenzellen auch Zellformen mit großem Protoplasmaleib und randständigem Kern, die an die Riesenzellen der tuberösen Sklerose erinnerten. Der Nierentumor erwies sich als ein Fibrolipom.

Neubürger hat den Standpunkt vertreten, daß das Trauma nur in solchen Fällen zu einem blastomatösen Prozeß führen kann, wo den Gliazellen geschwulstbildende Eigenschaften ab ovo innewohnen, und er hat manifeste Anlagefehler als Indicatoren dieser Eigenschaft angesprochen. Der Verf. glaubt, daß eine solche Prädisposition des Zentralnervensystems, insbesondere des Gehirns, auch durch Fehlbildungen an andern Organen, wie im vorliegenden Falle an den Nieren, zum Ausdruck kommen kann. *Max Bielschowsky* (Berlin).

Ostertag, B.: Entwicklungsstörungen des Gehirns und zur Histologie und Pathogenese, besonders der degenerativen Markerkrankung bei amaurotischer Idiotie. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Berlin.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 75, H. 2/3, S. 355—391. 1925.

Der sehr bemerkenswerte Fall Ostertags ist vor allem dadurch ausgezeichnet, daß, wenngleich die ersten klinischen Symptome erst mit 5 Monaten auftraten, sein Beginn in das intrauterine Leben zu verlegen ist und die Pat. — ein ostjüdisches Mädchen — dann doch ein Alter von $3^1/_6$ Jahren erreichte. Vom klinischen Gesichtspunkt aus wird der Fall von Simons besprochen werden. Die Sektion ergab ein über die Norm großes und schweres Gehirn mit teils mikro- teils pachygyrer Oberfläche sowie leder- bis gummiartiger Konsistenz des Großhirns mit glasig-gallertiger Umwandlung der Marksubstanz. Histologisch fand sich der für juvenile amaurotische Idiotie typische Zellprozeß in ubiquitärer Verbreitung. Die Zelleinlagerungen, unter denen neben den lipoiden die argentophilen besonders eingehend beschrieben und besprochen werden, sind fast ausnahmslos auf den Zelleib beschränkt, die Dendriten nicht gebläht, oft stummelartig und abnorm stark hämatoxylinfärbbar. Die Ganglienzellen erscheinen an vielen Stellen geschrumpft, so daß die Schwellung des Zelleibs nicht als obligatorisch

Digitized by Google

anzusehen ist. Ein ungewöhnlich ausgedehnter Untergang von Zellen und selbst Grundsubstanz hat in der 3. Schicht zu einem Status spongiosus geführt. Auch ausgedehnte Markausfälle, von denen die phylogenetisch ältesten Fasergebiete am meisten verschont bleiben, sind nachweisbar. Einige von letzteren zeigen Zeichen frischeren Zerfalls, während in jüngeren Gebieten Zerfalls- und Abbauerscheinungen völlig fehlen, was nach Verf. dafür spricht, daß hier überhaupt keine Markanbildung stattgefunden hat. Starke reaktive Gliafaserwucherung hat dann zu der erwähnten Konsistenzvermehrung geführt; die von Bielschowsky beschriebene gallertige Erweichung findet sich nur im Gebiet der U-Fasern und der äußeren Kapsel. Diesen Vorgang möchte O. mit den Besonderheiten des kindlichen Stoffwechsels und dem besonders hohen Wassergehalt des kindlichen Gehirns in Verbindung bringen. Mit Bielschowsky und Spielmeyer denkt er an eine Störung der trophischen Funktion der Glia, die eine solche der Markbildung zur Folge habe. In den Bezirken frischeren Zerfalls und in der Rinde sind ferner Erscheinungen einer symptomatischen Entzündung nachweisbar. Das Kleinhirn zeigt die mehrfach beschriebene Sklerose mit namentlich gegenüber dem vergrößerten Großhirn besonders auffälliger Verkleinerung. Von Entwicklungsanomalien wurde außer der Störung der Oberflächengestaltung, die z. T. wohl auch sekundär, durch die gliöse Narbenbildung bedingt ist, eine Persistenz Cajalscher Zellen und zahlreicher Ganglienzellen im Mark festgestellt. Die Oberfläche der pachygyren Windungen ist bedeutend breiter als ihre Basis. Alle diese Störungen sind nicht etwa als eine komplizierende Mißbildung anderer Art aufzufassen, sondern durch das frühzeitige Einsetzen des Grundleidens zu erklären. Ätiologisch möchte Verf. eine Störung des Lipoidstoffwechsels auf Grund innersekretorischer Anomalien beschuldigen. Für das Vorliegen letzterer führt er an: starke Neutralfettablagerungen in der Nebennierenrinde, sklerosierende Atrophie des Thymus, (vielleicht?) Struma colloides, kleine Epithelkörperchen mit Vermehrung der eosinophilen Zellen, Fehlen der Zähne, Weichheit der Knochen (nicht histologisch untersucht). *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Tschernyscheff, A.: Zur Frage der pathologischen Anatomie und der Leitungsbahnen des Kleinhirns bei Hirnaffektionen. (*Krankenh. Ssemaschko, Moskau.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 75, H. 2/3, S. 301—354. 1925.

Verf. behandelt in seiner sorgfältigen Arbeit die Beziehungen zwischen Großhirn und Cerebellum. Es wird der Befund in 3 Fällen (keine Krankengeschichten) von großen Hemisphärendefekten eingehend beschrieben. Von den Ergebnissen sei hervorgehoben: Defekte im Frontallappen bedingen Veränderungen in den homolateralen Zellgruppen des Pons und im lateralen Anteil der gekreuzten Kleinhirnhemisphäre. Ein Defekt im Schläfen- und Scheitellappen hat Veränderungen in den homolateralen medialen Zellgruppen des Pons, ferner im Wurm und im medialen Anteil der kontralateralen Hälfte des Cerebellums zur Folge. Wahrscheinlich existiert ein homolaterales Faserbündel, welches die lateralen Kerngruppen der Brückenbasis mit der gleichseitigen Kleinhirnhemisphäre verbindet. Zwischen dem Nucl. reticularis tegmenti und der entgegengesetzten Kleinhirnhälfte besteht ein Zusammenhang, vielleicht auch zwischen dem ersteren und dem Wurm. Eine Läsion des Nucl. dentatus führt zur Degeneration des Systemes der gekreuzten unteren Olive und umgekehrt, die unteren Oliven bleiben jedoch bei isolierter Erkrankung der Kleinhirnrinde intakt. Verf. betont, daß seine Ergebnisse zum Teil nicht völlig gesichert sind und der weiteren Nachforschung bedürfen. *Henneberg* (Berlin).

● **Schmorl, G.: Die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden. 14. neubearb. Aufl.** Leipzig: F. C. W. Vogel 1925. X, 481 S. G.-M. 20.—.

Wir können uns hier auf die bloße Anzeige der Neuauflage dieser besten histopathologischen Technik beschränken, in welcher den Bedürfnissen entsprechend wie früher nur das Neue berücksichtigt worden ist, das sich bei der Nachprüfung wirklich bewährt hat. *Sp.*

Normale und pathologische Physiologie.

Cords, Richard: Zur Physiologie und Pathologie der Sehstrahlung. (*Univ.-Augenklin., Köln.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 47, S. 2003. 1925.

Bei der Sehstrahlungshemianopsie wurde in 6 Fällen Fehlen des optomotorischen (Eisenbahn-)Nystagmus nach der dem Herde entgegengesetzten Seite, d. h. nach der blinden Seite des Gesichtsfelds beobachtet. Bei Traktus- und meist auch bei Rindenhemianopsie fehlt dies Symptom. Das weist auf eine Läsion der feinfaserigen sekundären

Digitized by Google

corticofugalen oder motorischen Sehstrahlung hin. Ferner fand Cords in einem Fall von Sehstrahlungshemianopsie Sakkadenform der Führungsbewegungen bei Bewegung des Sehobjekts nach der Seite des Herdes (Ruckbewegung statt gleichmäßig gleitender Bewegung). *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Dezwarte: Le cerveau „autonome" du mésocéphale. (Das „autonome" Gehirn des Mittelhirns.) Encéphale Jg. 20, Nr. 9, S. 674—682. 1925.

In seiner „kritischen" Übersicht geht Verf. von den klinischen und pathologisch-anatomischen Erfahrungen bei der Wilsonschen Krankheit, bei der Kohlenoxydvergiftung, der Paralysis agitans und der Encephalitis lethargica aus, die ohne weiteres als striär oder mesocephal (Läsionen der Substantia nigra, des zentralen Höhlengraus um den Aquaeductus Sylvii usw.) angenommen und als solche verwertet werden. Zu seinem eigenartigen Begriff eines autonomen Mittelhirns kommt er dadurch, daß er entgegen aller Anatomie sowohl den Thalamus opticus wie die Basalganglien zum Mittelhirn rechnet (oder wird mit „mésocéphale" etwas anderes gemeint, wofür aber Verf. keinerlei Definition gibt?); danach ist es nur wenig verwunderlich, daß z. B. die Parkinsonsche Krankheit im Mittelhirn lokalisiert sein, aber auch die Pseudobulbärparalyse auf Läsionen desselben beruhen soll. Da der Cortex mit dem Striatum nur durch Vermittlung des Thalamus opticus verbunden ist, und anderseits die übrigen Gebiete des Mittelhirns wie die Substantia nigra, der rote Kern u. a. nur von den Basalganglien Impulse erhalten, wird jede Läsion der cortico-thalamischen oder thalamo-striären Bahn das ganze „Mittelhirn" in ein autonomes motorisches Gebiet verwandeln, dessen Reizung oder Lähmung durch konstitutionelle, toxische oder affektive Momente die bekannten motorischen, vasomotorischen und sonstigen Symptome der obengenannten Krankheiten hervorbringt. Auch die Hypnose beruht auf einer Enthemmung des „Mittelhirns" vom Cortex; das gleiche gilt für die Dementia praecox, die auf einer Atrophie der Nervenzellen der Hirnrinde beruht (?). Schließlich trifft das auch für die Contracturen und andere Symptome bei Hysterischen zu, deren Cortex gegenüber starken Emotionen konstitutionell versagt, während der mit solchen verbundene hämoklastische Schock (bzw. seine Toxine) das für Gifte besonders empfängliche „Mittelhirn" trifft. *M. Minkowski* (Zürich).

Locatelli, P.: Nuovi esperimenti sulla funzione del sistema nervoso sulla rigenerazione. (Neue Versuche über den Einfluß des Nervensystems auf die Regeneration.) (*Istit di patol. gen., univ., Pavia.*) Arch. di scienze biol. Bd. 7, Nr. 3/4, S. 301—312. 1925.

In Fortsetzung früherer Untersuchungen an Urodelen (Amphibien), und zwar Triton taeniatus und Triton cristatus, bei denen verlorengegangene Extremitäten mit großer Leichtigkeit regeneriert werden, hat Verf. neue Versuche am gleichen Objekt durchgeführt. Nach dem Ergebnis derselben besitzt das Nervensystem einen deutlichen Einfluß auf die regenerativen Prozesse, indem das Erhaltensein des die amputierte Extremität innervierenden Nerven (des N. ischiadicus) für letztere eine notwendige Voraussetzung bildet. Dieser Einfluß hängt aber nicht mit dem Rückenmark selbst oder den aus ihm hervorgehenden Fasern (deren Zerstörung ihn nicht beseitigt), auch nicht mit dem sympathischen Nervensystem zusammen; er geht vielmehr auf die Spinalganglien zurück, deren totale oder partielle Ausschaltung den Regenerationsprozeß verhindert. Findet nach Exstirpation der Spinalganglien eine späte Regeneration trotzdem statt, so beruht sie auf einer Regeneration der Spinalganglien selbst; diese können ihren Einfluß auch dann ausüben, wenn sie von den übrigen Zentren des Nervensystems abgetrennt worden sind. Von den beiden Hauptganglien des Plexus lumbo-sacralis ist das kaudale für die Regeneration der hinteren Extremität vor allem notwendig. Die Ablenkung des Nerven von seinem gewöhnlichen Verlauf kann eine pathologische Neubildung verschiedener Gewebe hervorrufen, die sich unter sich so weit ordnen können, daß sie ein eigentliches überzähliges Glied (das allerdings nicht die Ausbildung und die Dimensionen eines normalen erreicht) hervorbringen können. *M. Minkowski* (Zürich).

Digitized by Google

Prawdicz-Neminski, W. W.: Zur Kenntnis der elektrischen und der Innervationsvorgänge in den funktionellen Elementen und Geweben des tierischen Organismus. Elektrocerebrogramm der Säugetiere. (*Mikrobiol. Inst., ukrain. Akad. d. Wiss., Kiew.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **209**, H. 2/3, S. 362—382. 1925.

Verf. nimmt mit Hilfe des Saitengalvanometers Aktionsstromkurven des Gehirns auf. Als Ableitungsstellen werden die motorische Zone und die Sehsphäre benützt, teilweise wird auch direkt vom Schädelknochen, der vorher sorgfältig von Muskelresten gereinigt wurde, abgeleitet. Die Oszillationen der Saite teilt Verf., wie schon in vorhergehenden Arbeiten, nach der Größe in Wellen 1. und 2. Ordnung ein. Er findet Wellen 1. Ordnung 12—14—16 pro Sek. Bei intermittierender Reizung des Nervus ischiadicus tritt meist eine Ablenkung der Saite in positiver Richtung ein. Bei Reizung desselben Nerven mit einzelnen Induktionsschlägen tritt eine zweiphasische Kurve auf. Beschrieben wurden fernerhin Versuche bei gleichzeitiger Beobachtung des peripheren Blutdruckes und der Hirnpulsationen, sowie Beobachtungen des Aktionsstromes des Gehirns während der Erstickung. Verf. kommt zu dem Schluß, daß das Elektroneurogramm die Resultante von mehreren Vorgängen darstellt, die in einzelnen alternierend arbeitenden Funktionseinheiten vor sich gehen. Die Fadenschwankungen des Elektrocerebrogramms teilt der Autor in 7 Typen ein. *Hans Karl Müller* (Marburg).

Török, L., E. Lehner und F. Urbán: Über Veränderungen der Reaktion der Haut nach wiederholten Einwirkungen auf dieselbe Hautstelle. (*Poliklin., Univ. Budapest.*) Krankheitsforschung Bd. **1**, H. 5, S. 371—406. 1925.

Verff. untersuchen den Reaktionsverlauf künstlicher Quaddeln bei wiederholter intracutaner (bzw. cutaner) Applikation urticariogener Substanzen in dieselbe Hautstelle (Morphin, Atropin, Aktoprotin, Pferdeserum, Histamin, Coffein). Sie finden nach wenigen Injektionen eine Steigerung der Reaktion, der bei weiteren Injektionen eine Abschwächung folgt; lokale Über- und Unterempfindlichkeit. Steigern sie die Dosis, so erhalten sie auch bei unterempfindlicher Haut wieder — die erste Reaktion übertreffende — starke Reaktionen. Die lokale Über- und Unterempfindlichkeit ist nicht spezifisch, insofern als Vorbehandlung mit einer Substanz auch Überempfindlichkeit gegen eine andere macht. Die geschilderten Gesetzmäßigkeiten gelten nicht nur für vasodilatatorische Phänomene, sondern auch für vasoconstrictorische (Versuche mit Adrenalin). Ebenso wirken mechanische Reize bei Wiederholung auf dieselbe Hautstelle (an Normalen durch Stichelungsversuche geprüft, an einem Fall von Dermographismus oedematosus durch Druck); Wärme- und Kältereize; der faradische Strom; chemische Substanzen wie Senföl (bei der Senfölentzündung wurde bei einem Patienten bei gewonnener Unterempfindlichkeit der behandelten Hautstelle eine Überempfindlichkeit der übrigen Hautoberfläche beobachtet). Verff. zogen aus ihren Versuchen den Schluß, daß bei den Vorgängen, wie sie sich als Über- und Unterempfindlichkeit zeigen, ähnliche Verhältnisse (Ermüdungsvorgänge?) vorliegen, wie bei der Arbeitslähmung. Sie untersuchten deshalb den Einfluß veränderter Blutzufuhr; kongestive Hyperämie (Wärme oder Kälte) beeinträchtigt die Quaddelbildung, sofern sie vorher appliziert wird. Einengung der arteriellen Blutzufuhr (Stauung) verursacht gleichfalls eine Verminderung der Quaddelbildung. Diese Befunde veranlaßten die Verff., den Einfluß des Blutes selbst, intracutan vorgespritzt, auf die Quaddelbildung (zu verschiedenen Zeiten nachgespritzter) Morphin-, Atropin- und Histaminlösungen zu untersuchen. Blutserum selbst macht Quaddeln; Blut, Blutkörperchen (gewaschen), Oxyhämoglobinlösung nicht. Diese letzteren vermindern die quaddelerzeugende Wirkung der obengenannten Substanzen. *S. Amster* (Breslau).°°

Jacobi, Walter, und Georg Magnus: Elektronarkose und Hirnödem. (*Psychiatr., Nerven- u. chir. Klin., Univ. Jena.*) Zeitschr f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **98**, H. 5, S. 708—721. 1925.

Durch schnell und regelmäßig unterbrochenen Gleichstrom läßt sich bei vorsichtigem Einschleichen Narkose erzielen (Leduc). Die Verff. haben sich die Aufgabe gestellt, das Verhalten der pialen Gefäße und die Frage des Ödems der weichen Hirnhäute bei Hunden während der Elektronarkose zu studieren. Zur Hervorrufung der Narkose wurde ein Chronaximeter nach Boruttau benutzt. Nach vorgenommener Trepanation konnten die Gefäß- und Liquorverhältnisse besichtigt und mittels des photographischen Okulars nach Siedentopf mikrophotographiert werden. In der Narkose kam es stets zu einem Ödem der weichen Häute, das vorwiegend als Stauungsödem gedeutet wird. Seine Entwickelung aus den Gefäßscheiden vollzieht sich unter

Digitized by Google

Entstehung eines Hirnprolapses bei tonischer Anspannung exspiratorischer Muskelgruppen. Außerdem aber steht das Ödem mit einer unmittelbar durch die Narkose gesetzten Gewebsschädigung in Zusammenhang; dafür spricht das Auftreten feiner Liquortröpfchen im freien gefäßlosen Gesichtsfeld sowie von Stasen in den Gefäßen; letzteres als zuverlässiges Zeichen einer gesteigerten Durchlässigkeit der Capillarwand. Sicher scheint, daß der Liquor zum Teil aus den Gefäßscheiden entsteht; das sieht man beim frisch trepanierten Tier, auch ohne weitere Experimente. Zwei Tiere gingen bei der Elektronarkose an Atemlähmung zugrunde. Bei den sterbenden Tieren traten Stasen, Erythrocytenverklumpungen, Fraktionierung der Blutsäule, Austritte lymphatischer Flüssigkeit auf, also Vorgänge, wie man sie an der Haut des Menschen in der Agone sieht. *Neubürger* (München).

Coombs, Helen C.: The rôle of the dorsal spinal nerve roots in bulbar anemia. (Die Rolle der hinteren Nervenwurzeln bei bulbärer Anämie.) (*Dep. of physiol., New York univ., a. Bellevue med. coll., New York.*) Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. 22, März-H., S. 328—329. 1925.

Nach Pike soll Durchschneidung der hinteren Wurzeln des Dorsalteiles eine Blutdruckabnahme von 10 mm verursachen. Aber Wickwire fand, daß nach Durchschneidung der hinteren Wurzeln von C 5—L 2 die Herzarbeit sich einem veränderten Blutdruck anpaßt. Die Autoren zeigen, daß eine Blutdruckzunahme bei bulbärer Anämie, erzeugt durch vorübergehende Abklemmung der Kopfgefäße, allerdings nach Durchschneidung der hinteren Wurzeln nicht in dem Maße eintritt wie bei erhaltenen hinteren Wurzeln. Aber dieser Unterschied wird nicht auf eine Unterbrechung wesentlicher Nervenbahnen des Vasomotorensystems bezogen, sondern auf die ausgedehnten Allgemeinschädigungen des Organismus, hervorgerufen durch die Laminektomie, zurückgeführt. *Schilf* (Berlin).

Ballerini, Mario: Sul comportamento numerico delle fibre rigenerate in nervi interrotti con la strozzatura. Ricerche sperimentali. (Über das numerische Verhalten der regenerierten Fasern in durch Abschnürung unterbrochenen Nerven.) Arch. ital. di chir. Bd. 12, S. 474—482. 1925.

Die Versuche mit Abschnürung von Nervenstämmen wurden an Ratten unternommen und hatten folgende Ergebnisse: Die regenerierten Fasern sind, unabhängig von dem Zeitraum, der seit der Läsion verstrichen ist, viel zahlreicher als die Fasern des zentralen Abschnitts. Diese Vermehrung bezieht sich vor allem auf die kleinen Fasern. Die Vermehrung besteht auch im Vergleich zu der Faseranzahl des nicht operierten Nerven der andern Seite. *Erwin Wexberg* (Wien).

● **Meyer, Hans H., und R. Gottlieb: Die experimentelle Pharmakologie als Grundlage der Arzneibehandlung. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 7. neubearb. Aufl.** Berlin u. Wien: Urban & Schwarzenberg 1925. XX, 792 S. u. 2 Taf. G.-M. 27.—.

Nach dem Tode von R. Gottlieb hat H. H. Meyer die 7. Auflage der experimentellen Pharmakologie bearbeitet. Sie unterscheidet sich von der vorhergehenden durch die Erweiterung einiger Kapitel, unter anderem auch der Abschnitte über das Zentralnervensystem und die sensiblen Nervenendigungen. Viel Neues enthält auch das Schlußkapitel, in dem unter anderem die Wirkung der Arzneimittel unter physicochemischen Gesichtspunkten auseinandergesetzt wird, woraus sich die modernen Gesichtspunkte für die Betrachtung der Reizkörpertherapie ergeben, die ja auch in der Neurologie, wie in allen anderen Zweigen der Medizin, eine so große Rolle spielt. Über den Wert des Buches, das sich längst seinen führenden Platz gesichert hat, bedarf es keiner Worte. Die Fülle des Stoffes und seine ins einzelne gehende Darstellung bedingen seinen Wert als Nachschlagewerk für den Arzt und Forscher, die übersichtliche Gruppierung des Inhalts und seine didaktisch ausgezeichnete Darstellung machen es zum beliebten Lehrbuch für den Studierenden. *Erich Guttmann* (München).

Bazett, H. C., W. Z. Tychowski and C. Crowell: Estimations of blood sugar in decerebrate animals. (Blutzuckerbestimmungen bei decerebrierten Tieren.) (*Univ. of Pennsylvania med. school, Philadelphia.*) Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. 22, Nr. 1, S. 39—42. 1924.

Bei decerebrierten Katzen ist der Blutzucker normal hoch. Beim Abfallen der Körper-

Digitized by Google

temperatur besteht keine Hyperglykämie, vielmehr hat der Blutzucker eher die Tendenz zum Absinken. Verletzung oder Entfernung der Hypophyse ist ohne Einfluß auf den Blutzucker bei decerebrierten Katzen. *F. Hildebrandt* (Düsseldorf).

Popescu-Inotesti, C.: L'action de l'ion calcium sur le système végétatif de l'homme. (Die Wirkung des Calciumions auf das vegetative Nervensystem.) (*III. clin. méd., univ., Bucarest.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 27, S. 752—754. 1925.

Das Kalkion übt bei intravenöser Injektion in geringen Dosen (0,1—1,0 g) eine sympathicotrope Wirkung aus: Tachycardie, Hypertonie, Mydriasis, Hyperglykämie, Tachypnöe. In hohen Dosen (1,50—4,0 g) verabreicht, treten Erscheinungen von seiten des Parasympathicus in den Vordergrund: Brachycardie, Hypoglykämie, Myosis und Bradypnöe. Eine gleichzeitig zu beobachtende Hypertonie dürfte auf die direkte Erregung der Gefäßmuskulatur zurückzuführen sein. *György* (Heidelberg).

Bartels, Martin: Binokular-Sehen und Sehnervenkreuzung. Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. **56**, H. 5/6, S. 346—347. 1925.

Bartels polemisiert gegen die Anschauung Wilbrands, daß Sehnervenkreuzung und binokulares Gesichtsfeld unbedingt in einem bestimmten Verhältnis stehen. Die Ansicht, das die Vögel mit ihrer totalen Sehnervenkreuzung kein binokulares Sehen besäßen, sei irrig. Eine Anzahl von Vögeln könne sowohl monokular, und zwar mit jedem Auge gleichzeitig nach verschiedener Richtung sehen, wie auch binokular (z. B. die Möve). Beim binokularen Sehen müsse natürlich cerebral eine Verbindung und Verschmelzung der Seheindrücke stattfinden. Wo diese stattfände, sei noch genauer zu erforschen. *Jacobsohn-Lask* (Berlin-Lichterfelde).

Vom Hofe, K.: Über die absolute Lokalisation bei unwillkürlichen Augenbewegungen. (*Physiol. Inst., Univ. Berlin.*) Arch. f. Augenheilk. Bd. **96**, H. 1/2, S. 85 bis 96. 1925.

Beim experimentell hervorgerufenen horizontalen Drehnystagmus kommt es zu einer labyrinthären Umstimmung der absoluten Raumwerte der Netzhaut. (Das Nachbild nimmt eine Seitenstellung ein.) Die Umstimmung ist eine gleichmäßig abklingende und zeigt keine den Nystagmusbewegungen entsprechenden Änderungen. Beim experimentell erzeugten rotatorischen Drehnystagmus kommt es ebenfalls zu einer Umstimmung der absoluten retinalen Raumwerte. Hier kommt es zu einer Umstimmung der Raumwerte, deren Ursache durch die Versuche nicht aufgeklärt wird. *K. Löwenstein.*

Specht, Fritz: Zur Physiologie des Hörens. Eine neue Ansicht von der Schallübertragung im Mittelohr und der Schallwahrnehmung im Labyrinth. (*Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Halskrankh., Univ. Kiel.*) Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilk. Bd. **114**, H. 1/2, S. 1—80. 1925.

Verf. kritisiert eingehend die alten Theorien und stellt unter Ablehnung aller Spekulationen Erwägungen auf Grund rein physikalischer Bedingungen eine neue Theorie der Schallübertragung und Schallwahrnehmung auf: Die Pauke stellt physikalisch eine Schalldose dar. Die durch den Schall gesetzten Luftdruckschwankungen werden stets gleichzeitig durch zwei Mechanismen: Knöchelchenkette und Schalldose auf das Labyrinthwasser übertragen. Druck und Zug greifen stets gleichzeitig und gleichsinnig an beiden Fenstern an. Dadurch wird die Wirkung der Kräfte, die im wesentlichen nur in Druckänderungen des Labyrinthwassers bestehen kann, bedeutend erhöht. Auf das Labyrinth besteht eine Zangenwirkung, gleichzeitige Druckwirkung von zwei Kräften auf zwei Seiten. Das Labyrinthwasser selbst steht still und empfängt nur rhythmischen Druckwechsel. Zur Aufnahme der tiefsten Töne brauchen wir einen genauesten, abgestimmten Gegendruck, der durch den sog. Schalleitungsapparat verbürgt wird. Mit dieser Theorie stimmen die phylogenetischen Verhältnisse (Fehlen von Trommelfell und Mittelohrapparat bei manchen Tieren) überein. Die kraniotympanale Leitung ist danach unvorstellbar, die Knochenschwingung überträgt sich direkt auf das Labyrinthwasser. Die ganze Labyrinthwassersäule wird also wechselnden, aber einheitlichen Drucken unterworfen. Ein isoliert räumliches Nebeneinander

Digitized by Google

mehrerer Wellen im Labyrinth ist undenkbar. Die Zellen, und zwar wahrscheinlich die Hörzellen reagieren nur auf Drucke verschieden, die empfindlichste muß in $^1/_{25\,000}$ Sekunde, die entgegengesetzte erst auf $^1/_{16}$ Sekunde Druck reagieren. Vielleicht entstehen in den Zellen durch wechselnden Druck Konzentrationsänderungen und Verschiebungen im Zelleib, durch die winzige, auf die Nervenendigungen wirkende elektrische Ströme entstehen. Aus dem Umfang der Reaktion in der Zeiteinheit ergibt sich die Intensität des Tons. Dabei ist es nicht nötig, daß jeder Ton seine spezifische Druckzelle hat, sondern es könnte eine mäßige Reaktionsbreite der Zellen bestehen. Bei dauernder oder zu starker Tonwirkung kann eine Zellschädigung entstehen. Hier stimmt Verf.s Theorie mit den Erfahrungen bei Schuß- und experimentellen Schallschädigungen überein (vorzugsweises Betroffensein der empfindlichsten Zellen für die höchsten Töne). *K. Löwenstein* (Berlin).

Brammer, George: The static equilibrium of airplane pilots. (Das statische Gleichgewicht bei Flugpiloten.) (*Psychol. laborat., Stanford univ., Stanford University.*) Journ. of comp. psychol. Bd. **5**, Nr. 5, S. 345—364. 1925.

Ausgehend von Versuchen von Dockery, welcher fand, daß sehr geübte Flugpiloten und Balanceakrobaten empfindlicher gegen Lagewechsel sind als weniger geübte Piloten, stellte Verf. Versuche über Schwankungen beim Stehen mit offenen und geschlossenen Augen an. Er bediente sich einer Apparatur von Miles, welche als „Ataxiameter" bezeichnet wird und deren Beschreibung im Original nachzulesen ist. Als Versuchsmaterial wurden einerseits ausgebildete und in Ausbildung begriffene Piloten, anderseits zum Vergleich Studenten ohne Flugerfahrung verwendet. Es wurde ein annähernd konstantes Verhältnis von ungefähr 0,54 zwischen der höchsten „Stehleistung" mit offenen und der mit geschlossenen Augen gefunden. Daraus ergibt sich, daß die Fähigkeit, die Lage im Raum mit offenen Augen zu erhalten begleitet zu sein scheint von der Fähigkeit, dies auch mit geschlossenen Augen zu können. Die Resultate zeigen große individuelle Schwankungen. Es entwickeln sich gewisse kinästhetische Faktoren durch die Flugerfahrung, denn die Differenz der Resultate mit offenen und geschlossenen Augen ist bei jungen oder schlechten Fliegern absolut und prozentual größer als die bei erfahrenen und guten Fliegern. *Schrottenbach* (Graz).

Spiegel, E. A., und Th. D. Démétriades: Die zentrale Kompensation des Labyrinthverlustes. (*Neurol. Inst., Univ. Wien.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **210**, H. 1/3, S. 215—222. 1925.

Exstirpiert man einige Tage nach einseitiger Labyrinthausräumung das zweite Labyrinth, so kommt es zu einem Nystagmus, der nach der Seite des erstexstirpierten Labyrinthes schlägt, gerade so, als ob dieses noch bestehen würde und nur das zweite Labyrinth exstirpiert wäre (Bechterewscher kompensatorischer Nystagmus). Dieses Phänomen entwickelt sich nicht nur bei großhirnlosen Tieren (Magnus), sondern kommt auch bei Kleinhirnmangel zustande. Kleinhirnmangel verhindert auch nicht die Rückbildung des nach einseitigem Labyrinthverlust auftretenden Spontannystagmus. Ein bestehender Bechterewscher Nystagmus wird durch totale Kleinhirnabtragung, Exstirpation von Pro- und Diencephalon, Verletzung der Vierhügeldächer und Zerstörung der Vestibulariskerne auf der Seite der zweiten Labyrinthexstirpation nicht aufgehoben, durch Verletzung der Vestibulariskerne auf der Seite der ersten Labyrinthexstirpation dagegen vernichtet. Die Versuche sprechen dafür, daß die Bechterewsche Kompensation durch einen Zustand erhöhter Erregung in den der ersten Labyrinthexstirpation gleichseitigen Vestibulariskernen zustande kommt, ein Zustand, der sich auch bei Fehlen der von Groß- und Kleinhirn ausgehenden Impulse entwickeln kann. *E. A. Spiegel.*

Goldscheider: Beitrag zur Lokalisation der Tastempfindungen. Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **209**, H. 4, S. 518—525. 1925.

Die nach schmerzhaften Reizen an den Fingern beobachteten Irradiationsfelder sind durch ihre relativ geringe Ausdehnung ausgezeichnet. Dies hängt mit ihrem Nervenreichtum zusammen. Die Irradiationsfelder, die nach einer Reizung einer

Digitized by Google

Fingerkuppe beobachtet werden, betreffen an diesem und an den übrigen Fingern kleine symmetrische Felder. Jeder einzelne Finger gehört verschiedenen Irradiationsgebieten an. Es wird darauf hingewiesen, daß hierdurch die niedrige Raumschwelle an den Fingern erklärt werden kann, da die zentral verknüpften Irradiationsgebiete auf verschiedenen Fingern dadurch leicht gesondert werden können, daß für jeden Finger zahlreiche optisch-kinästhetische Erinnerungsbilder vorliegen.

E. Gellhorn (Halle a. d. S.).

Schriever, Hans: Die Schmerzempfindlichkeit der Mundhöhle. Ein Beitrag zur Topographie des Schmerzsinns. (*Physiol. Inst., Univ. Würzburg.*) Zeitschr. f. Biol. Bd. **83**, H. 4, S. 415—434. 1925.

Auf Grund eingehender Untersuchung der mittels mechanischer und faradischer Reizung ermittelten Schwellenwerte des Schmerzsinnes in der Mundhöhle wird festgestellt, daß die Schwellen im allgemeinen bedeutend höher als an der äußeren Haut sind. Weiterhin werden vielfach Stellen mit völliger Analgesie nachgewiesen. Der Befund von Kiesow, daß in der Wangenschleimhaut eine Zone vorhanden ist, in der die Schmerzempfindung bei vorhandener Druckempfindlichkeit aufgehoben ist, wird im Sinne der von Freyerschen Theorie aufgefaßt, die bekannte besondere Endapparate für den Schmerzsinn annimmt. Es besteht nicht immer eine Parallelität hinsichtlich der Schmerzempfindlichkeit der Mundschleimhaut bei mechanischer und faradischer Reizung. Es hat dies seinen Grund in der anatomischen Beschaffenheit des Epithels, sowie in der Leitfähigkeit des Gewebes für den elektrischen Strom. *E. Gellhorn* (Halle).

Boer, S. de: Die sogenannte bisegmentale Innervation der Muskelfasern des Froschgastrocnemius. Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 2. Hälfte, Nr. 20, S. 2212 bis 2216. 1925. (Holländisch.)

Gerade in letzter Zeit ist die schon alte Frage der plurisegmentalen Innervation der quergestreiften Muskeln wieder eifrig diskutiert worden. Beritoff z. B. beantwortete diese Frage vor kurzem in bejahendem Sinne, Samojloff in verneinendem Sinne. Die Versuche des Verf. wurden am Gastrocnemius des Rückenmarksfrosches in situ angestellt. Veratrinvergiftung des Tieres. Erst rhythmische Reizung des 8. Spinalnerven, bis die typische Veratrinkontraktion des Muskels durch Ermüdung erloschen ist, dann rhythmische Reizung des 9. Spinalnerven, die wieder die typische Veratrinkurve auftreten ließ. Dann Wiederholung der Versuche von Samojloff mit Reizung dieser beiden Nerven am unvergifteten Frosch. Während Samojloff am ausgeschnittenen Muskel keine Erholung feststellen konnte, sah Verf. eine deutliche Erholung des Muskels von der vorhergehenden Reizung des 8. Spinalnerven während der Reizung des 9. Nerven. Aus diesen Versuchen konkludiert Verf., daß diese beiden Spinalnerven verschiedene Gruppen von Muskelfasern innervieren. Zur Beantwortung der Frage, ob es etwa auch noch bisegmental innervierte Fasern im Gastrocnemius gibt, dienten weitere Versuche. In erster Linie wiederholte Verf. die Versuche Beritoffs. Dieser Autor hatte angegeben und mit graphischen Methoden belegt, daß nach kurzdauerndem Tetanus vom 8. Spinalnerven aus, hervorgerufen in den erstfolgenden 3 Sekunden, die Reizung des 9. Spinalnerven eine höhere Kontraktion hervorruft. Verf. sagt diesen Versuch sehr oft, immer mit negativem Resultat, nachgeprüft zu haben; auch hier graphische Belegung der Aussage. Auch bei monophasischer Ableitung der Aktionsströme des ausgeschnittenen Muskels auf Induktionsschläge gibt der Verf. an, Beweise erhalten zu haben, aus denen er sich berechtigt erachtet, zu schließen, daß von einer bisegmentalen Innervation des Froschgastrocnemius nicht die Rede sein kann. Dieser Muskel besteht nach Verf. aus zwei Teilen, die jeder für sich durch eine Rückenmarkswurzel innerviert werden; es liegen diese zwei Arten von Muskelfasern nicht diffus durcheinander im Muskel, sondern bilden gewissermaßen zwei Muskelabschnitte nebeneinander, denn bei tetanischer Reizung des 8. Spinalnerven beugt sich der Gastrocnemius ventralwärts, während er sich bei Reizung des 9. Spinalnerven in der Längsrichtung verkürzt.

Dusser de Barenne (Utrecht).

Digitized by Google

Boer, S. de: Die monosegmentelle Innervation der Muskelfasern des Froschgastrocnemius. Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 45, S. 2159. 1925.

Zur endgültigen Klärung der Frage, ob jede Muskelfaser eines plurisegmentär innervierten Muskels wie des Gastrocnemius des Frosches von beiden in Betracht kommenden Segmenten innerviert wird oder nicht, stellte Verf. drei Gruppen von Versuchen an. Die bekannte Veratrin-Zuckungskurve verschwindet nach mehrmaliger Reizung. Wurde die eine Wurzel bis zum Verschwinden der Veratrincontractur gereizt, so trat sie nach Reizung der anderen Wurzel sofort wieder auf. Daraus folgt, daß die beiden Segmente verschiedene Teile des Muskels innervieren; zu dem gleichen Resultat führt auch die Beobachtung der Ermüdung des unvergifteten Muskels (vgl. auch dies. Zentrlbl. 42, 860). Es blieb nun noch die Frage zu klären, ob ein Teil der Muskelfasern doppelt innerviert wird. Leitet man den Aktionsstrom des Muskels monophasisch ab und reizt einerseits die beiden Nerven getrennt, andererseits beide gleichzeitig, so ist im letzteren Falle die Höhe des Ausschlags gleich der Summe der beiden Kurven in der ersten Versuchsanordnung. Es besteht also keine doppelte Innervation der Muskelfasern. *Erich Guttmann* (München).

Morpurgo, B.: Unione di nervi di topi in parabiosi. (Parabiotische Vereinigung von Mäusenerven.) (*Istit. di patol. gen., univ., Torino.*) Arch. ital. di chir. Bd. 12, S. 467—473. 1925.

Im Gegensatz zu mehrfachen mißlungenen Versuchen anderer Autoren gelang es dem Autor vermittels einer geänderten Technik die Vereinigung zwischen dem zentralen Stumpf des Ischiadicus einer Maus mit dem peripheren Stumpf einer anderen derart durchzuführen, daß sich nicht nur histologisch die Regeneration der Nervenfasern und der motorischen Endplatten nachweisen ließ, sondern auch funktionell die erwarteten Folgeerscheinungen auftraten: elektrische Reizung des Ischiadicus beim Beckenausgang hatte Muskelzuckung in den betreffenden Beinen beider Mäuse zur Folge — denn der Ischiadicus war auch im eigenen Bein von den Nn. glutaei ausgewachsen und hatte so den Anschluß an die Unterschenkelmuskulatur wiedergefunden. Nach 1 Monat waren gekreuzte Reflexe vom „zentralen" auf das „periphere" Tier nachweisbar; im 3. Monat ließen sich derartige gekreuzte Reflexe auch außerhalb des Ischiadicusterritoriums auslösen. Das „zentrale" Tier perzipierte Hautreize, die am Bein des anderen gesetzt wurden und lokalisierte sie auf das eigene Bein. Willkürbewegungen vom einen Tier auf das andere wurden nicht beobachtet. Nach 10 Monaten ließen Sensibilität und Motilität der operierten Beine nach und es trat eine offenbar neurogene Atrophie ein. *Erwin Wexberg* (Wien).

Avellone, L., e G. di Macco: Sulla funzione dei muscoli immobilizzati mediante il taglio dei nervi motori. IV. Azota totale, purine, aminoacidi, creatina. (Über die Funktion der durch Nervendurchschneidung immobilisierten Muskeln. IV. Gesamtstickstoff, Purine, Aminosäuren, Kreatin.) (*Istit. di patol. gen., univ., Palermo.*) Ann. di clin. med. e di med. sperim. Jg. 15, H. 1, S. 39—46. 1925.

Die Muskeln des gelähmten Gliedes, an dem man den motorischen Nerven durchschnitten hat, sind in bezug auf Gewicht und Volumen gegenüber denen der normalen Extremität beim Hunde deutlich reduziert. In ihnen finden sich die stickstoffhaltigen Substanzen in ihrer Gesamtheit, sowie die Purinverbindungen und das Kreatin konstant vermindert, dagegen zeigt sich eine geringgradige Vermehrung des Gehaltes an Aminosäuren. Diese Veränderungen sind als der Ausdruck des gestörten Gleichgewichtes zwischen den die Muskelsubstanz aufbauenden Verbindungen aufzufassen. Der Stickstoff wurde nach Kjeldahl, die Purine mit ammoniakalischer Silberlösung nach der Methode der doppelten Niederschlagung von Burian, die Aminosäuren nach Sörensen, Kreatin und Kreatinin nach Folin bestimmt. (III. vgl. dies. Zentrlbl. 37, 237.) *W. Kolmer* (Wien).

Rotolo, Giuseppe: Sulla funzione dei muscoli immobilizzati mediante il taglio dei nervi motori. V. Azione della veratrina. (Über die Funktion gelähmter Muskeln durch die Durch-

Digitized by Google

schneidung motorischer Nerven. V. Wirkung des Veratrins.) (*Istit. di patol. gen., univ., Palermo.*) Ann. di clin. med. e di med. sperim. Jg. 15, H. 1, S. 47—59. 1925.

Durch Veratrinlösung 1 : 5000 wird der normale und der gelähmte Muskel in Contractur versetzt, die bei ersterem sich aber rascher löst. Beim gelähmten tritt sie aber langsamer auf, und ist beim normalen weniger energisch. Bei schwächeren Lösungen 1 : 7 bis 1 : 10 000 zeigt sich unter gleichen Umständen niemals Contractur. Dagegen zeigt sich die Veratrinwirkung auch dann, wenn durch einen künstlichen Reiz, der dem doppelten vorher bestimmten Schwellenreiz entspricht, die Kontraktion ausgelöst wird. Die Zuckung des normalen Veratrinmuskels verläuft unter dem charakteristischen Bild einer doppelten Kontraktion, die sich langsam löst. Die 2. Kontraktion folgt auf die erste, noch während dem der Muskel in einem maximalen Kontraktionszustand ist. Beim gelähmten Muskel dagegen tritt sie gewöhnlich in der ersten Periode der Lähmung auf, in einer zweiten Periode folgt auf die Elevation eine rasche Phase der Erschlaffung, die von verschiedenen ausgesprochenen Tonusschwankungen gefolgt ist, in welchen der Muskel rascher als der normale einen Contracturzustand erreicht. Es spielt sich diese Phase der Erschlaffung im gelähmten Muskel in jedem Fall in einem Stadium geringerer Contractur ab, weil dieser kürzer in der maximalen Kontraktion verbleibt. Beim gelähmten Muskel erfolgen in der Erschlaffungsphase spontane, mehr minder deutliche Kontraktionen. Auch fibrilläre Zuckungen treten am gelähmten Muskel auf, gleich nach der Loslösung vom Tier oder während der Berührung mit der Veratrinlösung.

W. Kolmer (Wien).

Horowitz, W.: Sulla funzione dei muscoli immobilizzati mediante il taglio dei nervi motori. VI. Azione della nicotina. (Über die Funktion der durch Nervendurchschneidung immobilisierten Muskeln. VI. Nicotinwirkung.) (*Istit. di patol. gen., univ., Palermo.*) Ann. di clin. med. e di med. sperim. Jg. 15, H. 2, S. 187—203. 1925.

Die Versuche wurden an Froschmuskeln ausgeführt, die durch Nicotin hervorgerufene Contractur ist in einer ersten Periode am normalen Muskel ausgesprochener als am gelähmten. Die Dauer der Kontraktions- und Entspannungsphase ist bei beiden Muskeln annähernd gleich. Im weiteren Verlauf zeigt sich ein auffälliger Unterschied, indem die Contractur beim gelähmten Muskel wesentlich stärker ist und viel rascher vollständig wird als im normalen. Ein Verhalten, das mit der Immobilisation immer stärker hervortritt. Beobachtungen, welche mit denen von Heidenhain bei anderen Versuchen (nach Durchschneidung des Hypoglossus beim Hunde auf einer Seite und Injektion von kleinen Dosen von Nicotin) an der Zunge beobachtet wurden und ähnlich auch von Frank ebenfalls an der Zunge oder an den Muskeln der hinteren Extremität nach Durchschneidung der vorderen und hinteren Wurzeln gefunden wurden. Ferner erhöht das Nicotin anfänglich die elektrische Erregbarkeit des Muskels stärker als beim Normalen. Später aber nimmt die Reizbarkeit ab und diese Abnahme ist rascher und deutlicher im gelähmten Muskel und der Dauer der Ausschaltung entsprechend. Bei den Muskeln mit durchschnittenen Nerven wird die Faser bald nach Einlegen in Nicotin unerregbar, zu einer Zeit, da der normale Muskel sich noch in der Phase gesteigerter Erregbarkeit befindet. Auffällige und konstante Differenzen zwischen der Zuckung, welche vor und nach der Nicotineinwirkung registriert wird, werden weder beim normalen, noch beim gelähmten Muskel beobachtet. *W. Kolmer* (Wien).

La Grutta, L., e H. Horowitz: Ricerche sperimentali sulla funzione dei muscoli paralizzati. VII. Sugli effetti della fatica isometrica. (Experimentelle Untersuchungen über die Funktion gelähmter Muskeln. VII. Über die Wirkungen der isometrischen Beanspruchung.) (*Istit. di patol. gen., univ., Palermo.*) Folia med. Jg. 11, Nr. 14, S. 534—544. 1925.

Paralleluntersuchungen über das Verhalten des durch Durchschneidung des N. ischiad. gelähmten Froschgastrocnemius bei isometrischer und isotonischer Beanspruchung unter gleichzeitigen Kontrollversuchen an normalen Muskeln. Aus den einzelnen, verschieden lange Zeit nach der Nervendurchschneidung angestellten Ex-

Digitized by Google

perimenten ergab sich, daß sowohl am normalen wie am gelähmten Muskel, wenn auch in verschiedem starken Ausmaß, die isometrische Beanspruchung eine Verlängerung des Muskels zur Folge hat, während die isotonische Belastung zu einer Verkürzung führt. Bei isotonischer Beanspruchung ermüdet der Muskel mehr als durch eine gleich lange dauernde isometrische Inanspruchnahme; werden die zunächst ermüdeten Muskeln nach einer kurzen Pause wieder gereizt, so ist der Ausschlag an dem zuvor isometrisch beanspruchten Muskel größer als an dem Muskel, der zuvor isotonisch arbeitete. Schwelle und Latenzzeit halten sich am ersten konstanter als am zweiten. Die Verlängerung des isometrisch arbeitenden Muskels kann nicht mit einer Herabsetzung des Muskeltonus in Zusammenhang gebracht werden, da die Kontraktilität eines isometrisch ermüdeten Muskels besser erhalten bleibt als die eines isotonisch belasteten. Die Verlängerung muß in Beziehung gebracht werden mit einer Elastizitätsveränderung, die zustandekommt durch die Zerrung, die der an der Kontraktion durch einen Widerstand gehinderte Muskel erfährt. *Ed. Gamper* (Innsbruck).

Fulton, J. F., and E. G. T. Liddell: Observations on ipsilateral contraction and „inhibitory" rhythm. (Beobachtungen über ipsilaterale Kontraktion und „Hemmungsrhythmus".) (*Laborat. of physiol., univ., Oxford.*) Proc. of the roy. soc. of London Ser. B. Bd. **98**, Nr. B 689, S. 214—227. 1925.

Für die Auffassung vom Aktionsstromrhythmus sowie vom Verhältnisse von Erregung und Hemmung sehr beachtenswerte Untersuchungen über die Reflextätigkeit des M. vastocrurens der decerebrierten Katze mit Hilfe gleichzeitiger Registrierung der Aktionsströme und der isometrischen Spannung. Beim gekreuzten Streckreflex ist der Erregungsrhythmus (15—20 Reize pro Sekunde) während des Anstiegs der mechanischen Spannungskurve sowohl an dieser als auch an der Aktionsstromkurve an großen „primären" Schwankungen sichtbar. Im weiteren Verlaufe des Reflexes wird die Spannungsentwicklung gleichmäßiger und die „primären" Aktionsstromschwankungen werden verwischt durch das Auftreten zahlreicher „sekundärer" Schwankungen. Bei hoher Anfangsspannung des Muskels und dementsprechend großer Spannungsentwicklung während des Reflexes (vgl. Fulton, dies. Zentrlbl. **41**, 530, 531) nimmt die Amplitude, sowohl der „primären" als auch der „sekundären" Schwankungen, stark zu, während ihre Frequenz gleich bleibt. Diese Zunahme der Stromamplitude in Abhängigkeit von der Spannung sehen die Verff. als einen rein peripheren Effekt an. Besonders bemerkenswert ist der Befund, daß im frischen Präparat, 1 bis 2 St. nach Durchschneidung der hinteren Wurzeln, sich die mechanische Spannungsentwicklung im Reflexe schneller vollzieht als vor der Durchschneidung und gleichmäßiger, ohne die Stufen des Erregungsrhythmus zu zeigen; ferner hält auch die Nachentladung (after discharge) nach der Durchschneidung länger an. Schließlich fehlt der primäre Erregungsrhythmus nach der Durchschneidung, ebenso wie in der Spannungskurve so auch in der Aktionsstromkurve, dafür sind in letzterer die „sekundären" Schwankungen vom Beginn an weit ausgeprägter. Den Ursprung dieser sekundären Aktionsstromschwankungen erblicken Verff. unter Annahme einer Ansicht von Cooper und Adrian in einer repetierenden asynchronen Nachentladung im nervösen Zentrum. Im Lichte dieser Ansicht werden die obigen Beobachtungen bei Durchschneidung der hinteren Wurzeln dahin gedeutet, daß die spinalen Zentren des Quadriceps nach Fortfall der propriozeptiven Erregungen in eine heftigere, längerdauernde und in den einzelnen Elementen asynchrone Nachentladung geraten. Verff. vermuten dementsprechend, daß die bei einem Reflex oder überhaupt bei einer zentralen Erregung entstehenden propriozeptiven Erregungen zu einer „autogenen Hemmung" führen, wodurch eine zu rapide Spannungsentwicklung verhindert wird. Sie nennen das propriozeptive Koordination (beachte die Bedeutung für das Ataxieproblem — d. Ref.). Bei kräftiger Reizung eines Ischiadicus kommt es nicht nur im gekreuzten, sondern auch im gleichseitigen Vastocruneus zu einem Reflex. Dieser gleichseitige Streckreflex unterscheidet sich vom gekreuzten durch 1. seine kurze Latenzzeit, 2. seinen rapiden Span-

Digitized by Google

nungsanstieg, wobei es aber im Maximum stets nur zu einem Bruchteil der im gekreuzten Muskel entwickelten Spannung kommt, 3. ausgeprägte Rhythmenbildung der Reizfrequenz entsprechend sowohl in der Spannungskurve als auch im Aktionsstrombilde selbst bei 50 Reizen pro Sekunde, 4. frühen Spannungsabfall, bei sehr starken Reizen nur Anfangszuckung, 5. fast völliges Fehlen von Nachentladung. Bei Hemmung des gekreuzten Streckreflexes durch Reizung des gleichseitigen Ischiadicus mit einem Einzelinduktionsstrom kommt es sowohl in der Spannungskurve als auch im Aktionsstrombilde zur Verstärkung mehrerer „primärer" Wellen unter Fortfall der sekundären Schwankungen, was als Stütze für die kürzlich von Sherrington vertretene Auffassung angesehen wird, daß die Hemmung durch einen Einzelinduktionsstrom auf der Unterdrückung der repetierenden Nachentladung in einer großen Anzahl der zentralen motorischen Nerveneinheiten beruhe. Dasselbe ist anfänglich auch bei wiederholter schwacher Hemmungsreizung zu beobachten, im weiteren Verlaufe der Hemmung nimmt dann aber auch die Stärke der primären Schwankungen ab. Sind die Hemmungsreize stark, so treten, während die Spannungskurve als Zeichen der Hemmung auf ein niederes Niveau sinkt, in der Aktionsstromkurve Schwankungen im Rhythmus der Hemmungsreize auf. Da dieser von Beritoff schon beim Frosche beobachtete „Hemmungsrhythmus" mit Schluß der hemmenden Reizung sofort verschwindet, die an der niedrigen Spannung und der nunmehr völligen Aktionsstromruhe kenntliche Hemmung aber noch einige Zeit andauert, schließen Verff., daß er nichts mit der eigentlichen Hemmung zu tun hat, sondern der Ausdruck einer gleichzeitigen von der Hemmung unabhängigen ipsilateralen Kontraktion ist. *Wachholder.*

Laughton, N. B.: Studies on the nervous regulation of progression in mammals. (Studien über die nervöse Regulierung der Lokomotionsbewegungen bei Säugern.) (*Dep. of physiol., univ. of Western Ontario med. school, London, Canada.*) Americ. journ. of physiol. Bd. **70**, Nr. 2, S. 358—384. 1924.

Verf. hat an Kaninchen, Katzen und Hunden die Frage beantwortet, welche Teile des Hirnstammes erhalten bleiben müssen, um reflektorisch nicht nur Bewegungen der hinteren Extremitäten, sondern koordinierte Bewegungen beider Extremitätenpaare auslösen zu können. Zur Auslösung der Reflexe wurden bei allen Tieren die Hautäste des 4., 5. und 6. Thorakalnerven faradisch gereizt oder es wurden mechanische Hautreize verwendet. Breite Eröffnung der Schädelhöhle nach Ligatur beider Carotiden: frontale Durchschneidungen des Hirnstammes in verschiedenen Niveaus, caudalwärts fortschreitend.

Die Koordination der 4 Extremitäten bleibt beim Kaninchen noch erhalten solange der Schnitt vor einer Ebene liegt, die dorsal unmittelbar hinter dem hinteren Vierhügelpaar beginnt und ventral 1 mm hinter dem vorderen Brückenrand endet. Die Bewegungen superponieren sich auf die, je nach der Lage des Schnittes verschieden starke Enthirnungsstarre. Nach einem Schnitt in der zuletzt genannten Ebene zeigen die hinteren Extremitäten noch synchrone Laufbewegungen, die rhythmischen Bewegungen der vorderen Extremitäten sind aber nicht mehr auslösbar. Noch weiter caudal gelegte Schnitte lassen auch die Laufbewegungen der hinteren Extremitäten verschwinden, während der ipsilaterale Beuge- und der contralaterale Streckreflex erhalten bleiben. Nervöse Ausschaltung der vorderen und hinteren Extremität (beiderseitige Unterbindung des Plex. brach. bzw. Querdurchschneidung des Thorakalmarkes) änderte an den Reflexen des noch normal innervierten Extremitätenpaares nichts. Auch Kleinhirnexstirpation ändert die Durchschneidungsfolgen nicht. Spinale Kaninchen zeigen 10 Tage nach Rückenmarksdurchschneidung im letzten Thoracalsegment decerebriert, alternierend rhythmische Bewegungen der vorderen Extremitäten, 4 Wochen nach der Operation decerebriert zeigen sie den Freusbergschen Zeitmarkirreflex; synchrone, bilaterale Laufbewegungen der hinteren Extremitäten fehlen vollkommen. Decapitierte Kaninchen zeigen keinerlei koordinierte Bewegungen. Nach Decerebrierung vor den Thalamis (ca. 20 Min. Schock) verhält sich das Kaninchen bis auf die Unfähigkeit, Hindernissen auszuweichen, fast normal. Bei Katzen und Hunden verschwinden die koordinierten Bewegungen der vorderen Extremitäten im Gegensatz zu jenen der

Digitized by Google

hinteren, wenn die vorderen zwei Drittel des Thalamus entfernt wurden. Liegt der Decerebrierungsschnitt bei Katzen dorsal vor den vorderen Vierhügeln, ventral vor dem Oculomotoriusaustritt oder wird der Thalamus median gespalten, so fehlt jede Andeutung koordinierter Lokomotionsbewegungen. Die Schockwirkung ist bei Hunden am stärksten, bei Kaninchen am schwächsten. Auffallend ist, das bei Katzen und Hunden jeder neue (caudalere) Querschnitt von neuem schwere Schockerscheinungen auslöst, während dies bei Kaninchen nur im Anschluß an den ersten Querschnitt der Fall ist. Nach all diesen Beobachtungen ist die Koordination der 4 Extremitäten zur Lokomotionsbewegung von einem komplizierten Reflexsystem ahhängig, das vom Rückenmark bis in den Hirnstamm reicht, und dessen normales Funktionieren von Erregung abhängt, die ihm von den Hemisphären und den sensorischen Receptoren des ganzen Körpers zufließen. Die Annahme eines streng lokalisierten motorischen Zentrums im Thalamus wird für Hunde und Katzen abgelehnt. *v. Brücke* (Innsbruck).

Wachholder, Kurt: Beiträge zur Physiologie der willkürlichen Bewegung. I. Mitt. Über Inhalt und Aufgaben einer Physiologie der willkürlichen Bewegung. Der allgemeine Plan der folgenden Untersuchungen. Der Verlauf und die Koordination einfacher willkürlicher Einzelbewegungen. (*Physiol. Inst., Univ. Breslau.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **209**, H. 2/3, S. 218—247. 1925.

Die Aufgaben der Erforschung irgendeiner, so auch der willkürlichen Bewegung sind zu suchen 1. in der Beschreibung der Form der betreffenden Bewegung, 2. in der Aufklärung des Mechanismus ihres Zustandekommens und 3. in der Feststellung, ob die Bewegung koordiniert ist oder nicht, wobei unter der Koordination einer Bewegung mit O. Foerster die vollkommene Übereinstimmung ihrer Ausführung mit den an sie gestellten Anforderungen verstanden wird. Diese Anforderungen sind bei einer willkürlichen Bewegung in dem zugehörigen subjektiven Bewegungsentwurfe gegeben, an den die Bewegungsausführung bis zur möglichsten Übereinstimmung angepaßt wird. Diese funktionelle Abhängigkeit des objektiven Geschehens von subjektiven Beziehungen darf bei einer Physiologie der willkürlichen Bewegung nicht außer acht gelassen werden. Wie aus älteren Untersuchungen von Rieger, Isserlin und Wachholder hervorgeht, wechselt nicht nur die Form der Bewegung, sondern auch das ihr zugrunde liegende Muskelgeschehen unter verschiedenen Bedingungen. Es gibt demnach kein allgemeingültiges „Koordinationsschema" der willkürlichen Bewegung, sondern nur ein mit den subjektiven und objektiven Bedingungen ständig wechselndes Geschehen. Der Plan der Untersuchungen ist, diesem Wechsel der Ausführung und des Zustandekommens willkürlicher Bewegungen unter möglichst allseitiger Variation der genannten Bedingungen nachzugehen, um so die Gesetzmäßigkeiten, welche ihn beherrschen, zu erschließen. In der vorliegenden 1. Mitteilung wird mit der Beschreibung der Formen einzelner willkürlicher Beuge- und Streckbewegungen begonnen.

Technik: Zur graphischen Registrierung des Bewegungsverlaufes wurde der Isserlinsche Apparat benutzt, der nach einigen Richtungen hin verbessert wurde. Einmal erwies es sich, um auch die feinsten Bewegungsschwankungen zu registrieren, als notwendig, den Schnurlauf, welcher das am bewegten Gliede befestigte Rad und den Schreibhebel verbindet, statt durch eine Feder durch ein Rollensystem zu spannen. Zweitens wurde das von I. nur für Fingerbewegungen benutzte Modell dadurch für alle möglichen Gelenke benutzbar gemacht, daß den betr. Gliedern angepaßte Schienen an der Achse des Rades auswechselbar angebracht wurden.

Ergebnisse: Die Form einer einmaligen willkürlichen Beugung oder Streckung hängt in erster Linie von ihrer Geschwindigkeit ab. Im wesentlichen lassen sich drei verschiedene Bilder unterscheiden, nämlich 1. langsame Bewegungen, welche an jeder gewünschten Stelle unmittelbar beendet werden können, 2. mäßig schnelle Bewegungen, welche erst nach einer Rückbewegung ihr Ende finden und 3. ausgesprochen schnelle Bewegungen, welche erst nach mehrfachen wellenförmigen Hin- und Herbewegungen zur Ruhe kommen. Durch eine Variation anderer Bedingungen, wie Festigkeit der Bewegungsführung, Begrenzung der Amplitude, Widerstand ließen sich keine quali-

Digitized by Google

tativ neuen Bilder mehr erzielen, wohl dagegen große quantitative Veränderungen der oben genannten Bewegungsformen, die im wesentlichen in Veränderungen der Größe und der Dauer des Rückschlags bzw. der wellenförmigen Nachbewegungen bestehen. Bei allen derartigen Einzelbewegungen macht sich immer wieder eine Tendenz zur Ausführung rhythmischer Hin- und Herbewegung bemerkbar, so einmal darin, daß langsame Bewegungen nicht glatt, in einem Zuge, sondern von kleinen Wellen überlagert ausgeführt werden und ferner darin, daß bei schnellen Bewegungen sich die eigentlich intendierte Bewegung und ihre Gegenbewegung rhythmisch alternierend wiederholen. Die Frequenz dieser Rhythmenbildungen beträgt unter den verschiedensten Verhältnissen etwa 6—10 pro Sekunde, d. h. ebensoviel wie die der leichten physiologischen Zitterbewegungen bei möglichst ruhigen Haltungen. Durch diese Tendenz zu rhythmischer Hin- und Herbewegung kommt es, daß solche einzelnen Beuge- und Streckbewegungen nicht vollkommen dem Bewegungsentwurfe entsprechend ausgeführt werden können, sondern in verschiedenen Beziehungen, z. B. prompten Beginn in der gewünschten Richtung, glatte Durchführung, unmittelbaren Stillstand an der gewünschten Stelle inkoordiniert sind. Es wird darauf aufmerksam gemacht, daß die pathologischen Ataxien nur starke Steigerungen dieser schon physiologischerweise nachweisbaren Inkoordinationen zu sein scheinen. Diese auffallende Erscheinung, daß selbst die einfachsten willkürlichen Einzelbewegungen schon normalerweise inkoordiniert sind, wird dadurch erklärt, daß hierbei der Willkürimpuls dem physiologischen Bewegungsmechanismus eine ihm von Natur aus ganz fremde Leistung aufzuzwingen versucht, indem nicht die isolierte Einzelbewegung, sondern die rhythmisch wiederholte Hin- und Herbewegung als die elementare Tätigkeitsform des Bewegungsapparates zu betrachten ist, die Einzelbewegung dagegen, einerlei ob willkürlich oder reflektorisch ausgelöst, als eine komplizierte sekundäre Modifikation der ursprünglichen rhythmischen Funktionsart. *Wachholder* (Breslau).

Wachholder, Kurt, und Hans Altenburger: Beiträge zur Physiologie der willkürlichen Bewegung. II. Mitt. Über die Form der Muskeltätigkeiten bei der Ausführung einfacher willkürlicher Einzelbewegungen. 1. Allgemeines. Die Agonisten. (*Physiol. Inst., Univ. Breslau.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **209**, H. 2/3, S. 248—265. 1925.

Von den verschiedenen Methoden zur Untersuchung der Muskeltätigkeit kommt zur Erforschung der willkürlichen Bewegung nur die Registrierung der Aktionsströme der beteiligten Muskeln in Frage. Es wird dargetan, wieweit man nach unseren jetzigen Kenntnissen aus dem Aktionsstrombilde eines Muskels Rückschlüsse auf seinen Tätigkeits- und Erregungszustand ziehen kann bzw. auf denjenigen seines letzten nervösen Zentrums. Um die Art der Tätigkeit der verschiedenen Muskeln bei einfachen Einzelbewegungen und die zeitlichen Beziehungen zwischen diesen Muskeltätigkeiten und den Phasen der Bewegungskurve festzustellen, werden gleichzeitig die Bewegungskurve des Gliedes (Technik vgl. vorsteh. Referat) und die Aktionsstromkurve des betreffenden Muskels (Ableitung der Ströme durch eingestochene Nadelelektroden) registriert. Die vorliegende Mitteilung beschäftigt sich mit den Agonisten einer Bewegung. Im allgemeinen wird das Aktionsstrom- bzw. Tätigkeitsbild des Agonisten von denselben Faktoren und in demselben Sinne beeinflußt wie die Form der Bewegungskurve, derart, daß sich bei allen Variationen der Bewegungskurve auch entsprechende Änderungen der Agonistentätigkeit nachweisen lassen. So geht die langgestreckte einfache Zu- und Wiederabnahme der Agonistentätigkeit bei langsamen Bewegungen mit zunehmender Geschwindigkeit ganz allmählich in einen vielfachen schnellen rhythmischen Wechsel zwischen Tätigkeit und Erschlaffung über. Dabei stimmt die Zahl der Tätigkeitsperioden des Agonisten mit der Zahl der Schwingungen der Bewegungskurve überein, indem jede Beschleunigung der Bewegung von einer Verstärkung und jede Verlangsamung der Bewegung bzw. Umkehr in die Rückbewegung von einer Abschwächung der Agonistentätigkeit begleitet wird. Neben dieser Tendenz zu periodischer Wiederholung offenbart sich in der Spaltung aller längeren Tätigkeitsperioden in kleinere,

Digitized by Google

durch Pausen getrennte Gruppen eine weitere Steigung zu rhythmischer Gliederung der Agonistentätigkeit. Dies tritt besonders bei langsamen Bewegungen hervor und wird hier durch eine kräftigere Muskelanspannung noch verstärkt. Andererseits wird die periodische Gliederung der Agonistentätigkeit durch eine allgemeine starke Muskelanspannung (feste Bewegungsführung) im Sinne einer mehr gleichmäßigen, andauernden Tätigkeitsform modifiziert. Ferner ist die periodische Gliederung abweichend von den anderen Bewegungen beim Faustöffnen nur wenig ausgesprochen und wird beim Faustschluß völlig vermißt. *Wachholder* (Breslau).₀

Wachholder, Kurt: Beiträge zur Physiologie der willkürlichen Bewegungen. III. Mitt. Über die Form der Muskeltätigkeiten bei der Ausführung einfacher willkürlicher Einzelbewegungen. 2. Die Antagonisten. (*Physiol. Inst., Univ. Breslau.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **209**, H. 2/3, S. 266—285. 1925.

Ebenso wie für den Agonisten gibt es auch für den Antagonisten kein einzelnes allgemein gültiges Tätigkeitsschema, sondern die Form seiner Tätigkeit wechselt unter denselben Bedingungen, von denen durch die Agonistentätigkeit wie überhaupt die ganze Bewegung abhängt. Von größtem Einflusse ist die Geschwindigkeit der Bewegung. Bei langsamen Bewegungen nimmt die Stärke der Ströme bzw. Tätigkeit des Antagonisten zu Beginn der Bewegung langsam ab und gegen Ende der Bewegung wieder zu. Je schneller die Bewegung ist, desto mehr kommt es statt der flachen Intensitätsschwankung zu einem schroffen Wechsel zwischen vollkommener Erschlaffung und maximaler Kontraktion, dem mit wachsender Schnelligkeit immer mehr periodische Tätigkeitsschwankungen folgen. Diese Entwicklungslinie geht derjenigen der Bewegungskurve zu rhythmisch wiederholter wellenförmiger Hin- und Herbewegung derart parallel, daß die Zahl der Tätigkeitsphasen des Antagonisten der Zahl der Bewegungsphasen entspricht, indem die Minima der Antagonistentätigkeit jeweils in den Anfangsteil der Hinbewegungen in die intendierte Richtung fallen, die Maxima dagegen in deren Endteil und den Anfang der Rückbewegungen. Vergleicht man diese Befunde mit den im zweiten Beitrage vom Agonisten beschriebenen, so ergibt sich, daß Agonist und Antagonist in den entgegengesetzten Phasen der Bewegungskurve, also rhythmisch alternierend tätig zu sein scheinen. Da aber selbst zwischen recht ähnlichen Bewegungen starke Verschiedenheiten der zeitlichen Verhältnisse der Muskeltätigkeiten bestehen, kann ein exakter Vergleich der Agonisten- und Antagonistentätigkeit nur durch eine gleichzeitige Registrierung der Aktionsströme der beiden Muskeln gewonnen werden, worüber in einem späteren Beitrage berichtet werden soll. Das periodische Ab- und Anschwellen — und zwar vermutlich alternierend mit dem Agonisten — scheint die Grundform der Antagonistentätigkeit zu sein. Daneben besteht noch eine zweite Tätigkeitsform, die durch das Auftreten frequenter, gleichmäßig andauernder Aktionsströme, also wohl eines gleichmäßigen Kontraktionszustandes charakterisiert ist, und zwar zu einer Zeit, in der nach der ersten Form eine Abnahme der Ströme bzw. Tätigkeit erfolgt, so besonders zu Bewegungsbeginn. Diese zweite Tätigkeitsform ist bei den meisten Personen nur bei heftigen, mit Anstrengung verbundenen Bewegungen zu beobachten und nur bei einigen Personen bei Bewegungen, welche ohne wesentliche Anstrengung ausgeführt werden können. Es wird vermutet, daß diese Tätigkeitsform stets dann auftritt, wenn eine gewisse Beanspruchung des Bewegungsapparates überschritten wird. Besteht schon bei dieser als zweite Tätigkeitsform bezeichneten Kontraktion des Antagonisten zu Bewegungsbeginn eine Angleichung seiner Tätigkeit an diejenige des Agonisten, so scheint der Antagonist schließlich, wie dies das Verhalten des Ext. dig. commun. beim Faustschlusse und des Flex. dig. subl. beim Faustöffnen zeigt, unter Umständen sogar ganz dieselbe Tätigkeitsform aufweisen zu können wie der Hauptagonist. *Wachholder* (Breslau).₀

Wachholder Kurt, und Hans Altenburger: Beiträge zur Physiologie der willkürlichen Bewegung. IV. Mitt. Über die Form der Muskeltätigkeit bei der Ausführung

Digitized by Google

einfacher willkürlicher Einzelbewegungen. 8. Die Synergisten. (*Physiol. Inst., Univ. Breslau.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **209**, H. 2/3, S. 286—300. 1925.

Sowohl beim Seitwärtsheben und Wiedersinkenlassen des Armes als auch beim Faustschlusse und Öffnen zeigen die Synergisten bei der Hinbewegung die für die Agonisten und bei der Rückbewegung, einerlei ob diese passiv durch die Schwere oder aktiv durch Kontraktion anderer Muskeln erfolgt, die für die Antagonisten der betreffenden Bewegung charakteristischen Aktionsstrom- bzw. Tätigkeitsbilder. Die bei verschiedenen Bewegungen besonders bei schneller Ausführung zu beobachtenden Unterschiede in der Form der Synergistentätigkeit (periodisch beim Armheben, kontinuierlich beim Faustschlusse) sind auch bei den Agonisten und Antagonisten der betreffenden Bewegungen festzustellen, beruhen also wohl auf Faktoren, welche die Form der ganzen Bewegung beherrschen. Dagegen zeigen sich keine Unterschiede in der Form der Synergistentätigkeit, je nachdem, ob deren Funktion mehr einer Fixation oder mehr einer Mitbewegung dient. Die Tätigkeit eines Synergisten kann dadurch, daß man seine funktionelle Aufgabe äußeren Faktoren wie Belastung und Schwere überträgt, stark abgeschwächt, aber nicht völlig aufgehoben werden. Ebensowenig war es selbst einer besonders geeigneten und geübten Versuchsperson möglich, die Mitwirkung der Synergisten bei der Ausführung von Bewegungen willkürlich zu unterdrücken. Wohl ist es dagegen einzelnen Versuchspersonen unter Vermeidung von Bewegungsvorstellung und Bewegung und bei einer besonderen nur auf die Muskeltätigkeit gerichteten psychischen Einstellung möglich gewesen, einzelne Muskeln ohne ihre Antagonisten und Synergisten zu innervieren. *Wachholder* (Breslau).

Salmon, Alberto: Il sistema vegetativo nel sonno. (Das vegetative System im Schlaf.) Quaderni di psichiatr. Bd. **12**, Nr. 7/8, S. 137—147. 1925.

Eigentlich eine vegetative Theorie des Schlafes. Verf. stützt sich auf die zahlreichen Beweise der Steigerung des Vagus-, Herabsetzung des Sympathicustonus im Schlaf und folgert daraus vice versa, daß der Vagus den Schlaf unterstützt, der Sympathicus ihn hemmt, was wiederum durch Argumente aus der Literatur belegt wird. Die Ursache für diesen Wechsel im vegetativen Tonus ist in den endokrinen Drüsen zu suchen. Im uterinen und Säuglingsleben wird der ständige, dann der reichliche Schlaf durch die Thymusfunktion bedingt, welche zur vagotonischen Gruppe gehört. Ihr verwandt ist die Winterschlafdrüse gewisser Säugetiere; während des Winterschlafes ist die Funktion der sympathischen Gruppe (Thyreoidea, Nebenniere, Ovarium, Vorderlappen der Hypophyse) herabgesetzt. Verf. kommt zum Schlusse, daß beim Menschen der Hinterlappen der Hypophyse, als zur vagotonischen Gruppe gehörend (resp. als sympathicushemmend), für den Schlaf verantwortlich ist. Einige Beweise: 1. Sein Extrakt, in die Hirnkammern injiziert, ruft Somnolenz hervor (Stern, Batelli und Juffret), 2. günstige Wirkung dieser Extrakte in manchen Fällen von Hypophysensyndromen mit Schlaflosigkeit, besonders bei Diabetes insipidus mit Schlaflosigkeit (Hinterlappensymptom); 3. Zunahme des Schlafes bei Hypertrophie und Hyperämie der Hypophyse (Gravidität, Akromegalie im Anfang, Kastration, Hypothyreoidismus, manche Infektionen, wie Influenza und Encephalitis lethargica). Den Mechanismus des Schlafes stellt sich Verf. so vor, daß je länger das Wachsein mit seinen Ansprüchen und seiner Produktion von Giftstoffen dauert, desto stärker die Aktivität des Vorderlappens, welcher auf die ihn treffenden Gifte reagiert. Infolge der funktionellen Solidarität wird nun auch der Hinterlappen zu immer stärkerer Sekretion angeregt und übt durch seine vasoconstrictorische Wirkung einen hemmenden Einfluß auf die in seiner Nachbarschaft gelegenen sympathischen Zentren, wodurch wieder ein Überwiegen des autonomen Systems in Erscheinung tritt. *Josef Wilder* (Wien).

Bergström, Erik: Action de la cumarine sur le système nerveux autonome. (Die Wirkung des Cumarins auf das autonome Nervensystem.) (*Inst. de pharmacol., univ., Upsala.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 32, S. 1159—1162. 1925.

Verf. untersuchte am Kaninchenuterus und -darm sowie am Froschherzen die

Digitized by Google

Wirkung des Cumarins auf das vegetative System, indem er die Wirkung von Adrenalin, Azetylcholin, Pilocarpin usw. mit und ohne Cumarinzusatz auf die Organe prüfte. Es zeigte sich, daß das Cumarin auf die Präparate wie ein Anaestheticum wirkt; es setzt die Contractilität der glatten Muskeln herab. Außerdem hat es eine gewisse Affinität zum hemmenden Teil des sympathischen Systems. *Erich Guttmann* (München).

Granberg, Knut: Action de la physostigmine sur la partie motrice de l'innervation sympathique. (Wirkung des Physostigmins auf den fördernden Anteil der sympathischen Innervation.) (*Inst. de pharmacol., univ., Upsala.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 32, S. 1167—1171. 1925.

Durch Versuche am Läwen-Trendelenburgschen Frosch, am Froschherz und am Kaninchenuterus zeigt Verf., daß große Dosen Physostigmin auf die Endorgane des sympathischen Anteils des vegetativen Systems einen lähmenden Einfluß haben, und zwar so weit, daß die Wirkung des Adrenalins umgekehrt wird. Die parasympathische Innervation, die hemmende sympathische und die contractilen Elemente selbst werden kaum beeinflußt. *Erich Guttmann* (München).

Muck, O.: Der örtliche Sympathicotonus der Gehirnarterien während der Schwangerschaft, feststellbar durch den Adrenalin-Sondenversuch. Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 46, S. 1967—1969. 1925.

Verf. prüfte mit seinem „Adrenalin-Sondenversuch" an der Nasenschleimhaut die Funktion der Schleimhautcapillaren bei über 200 Schwangeren und fand eine Übererregbarkeit der Vasoconstrictoren in hohem Prozentsatz (72% im 2. und 48% im 6. Monat). Er spricht in diesen Fällen von einer „Gefäßsympathicohypertonie des Kopfteils" und schließt aus jenem Verhalten der Nasenschleimhautcapillaren auf ein analoges Verhalten der Pialgefäße und der Plexus. Der Adrenalin-Sondenversuch ist nach Verf. eine Methode zur Prüfung des Tonus des Gehirngefäßsympathicus; er fällt positiv aus bei der Hemikranie und Epilepsie und ist bei der Schwangeren bedeutungsvoll hinsichtlich der Gefahr einer drohenden Eklampsie. *Hiller* (München).

Démétriades, Th. D.: Experimentell-pathologische Untersuchungen über die vasomotorischen Störungen des Gehörorgans. (*Neurol. Inst., Univ. Wien.*) Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. Jg. **59**, H. 10, S. 1074—1091. 1925.

Nach einseitiger Halssympathicusdurchschneidung erfolgt beim Meerschweinchen Herabsetzung des Preyerschen Ohrmuschelreflexes auf der Seite der Läsion, auf einer Abnahme des Hörvermögens beruhend, Erhöhung der Schädelresonanz auf der Seite der Gefäßerweiterung (Sympathicusdurchschneidung), die jedoch 9 Monate später einer Verminderung Platz macht, ebenso wie um diese Zeit an Stelle der Vasodilatation oft eine Vasokonstriktion tritt. Der postrotatorische Nystagmus ist nach Sympathicusdurchschneidung bei Drehung nach beiden Seiten herabgesetzt, die Labyrinthreflexe auf Drehung weisen auffallende Ermüdbarkeit auf. Auf der Seite der Durchschneidung ist der Tonus der Extremitäten erhöht. Histologisch findet man eine Erweiterung der Gefäße im ganzen Gehörorgan und im Innenohr ein seröses, zellarmes Exsudat, also das Bild einer Labyrinthitis serosa. Die Veränderungen der nervösen Elemente sind geringfügig. In der Labyrinthkapsel findet sich Vermehrung der Zellen der Markräume, Knochenneubildung und Knochenabbau, und zwar beiderseitig. Solche Veränderungen finden sich auch bei nicht operierten Tieren, aber in viel geringerem Ausmaß. Die Labyrinthveränderung ist als „Labyrinthopathia angioparalytica" aufzufassen. Neben mechanischen Momenten spielen auch chemische Reizerscheinungen (Kohlensäureretention) eine Rolle. Für die Bilateralität der Exsudation dient die Verbindung beider Labyrinthe mit dem Subarachnoidealraum, sowie die Kommunikation der beiderseitigen Gefäße als Erklärung. Daß die Sympathicusläsion einen Locus minoris resistentiae schafft, geht aus Versuchen hervor, in welchen eine an sich unschädliche Pyrrholblaulösung bei sympathektomierten Tieren in wenigen Tagen zum Tode führt, vermutlich dadurch, daß die normalerweise undurchlässigen Gefäße des Gehirns durch die Sympathicusläsion durchlässig werden. *Erwin Wexberg* (Wien).

Digitized by Google

Albertoni, Pietro: Ricerche sulle variazioni di eccitabilità del vago e dell'apparecchio vasomotore, e contributo alla fisiologia del digiuno. (Untersuchungen über die Veränderungen der Erregbarkeit des Vagus und des vasomotorischen Apparates und ein Beitrag zur Physiologie des Fastens.) (*Istit. di fisiol., univ., Bologna.*) Arch. di scienze biol. **Bd. 6,** Nr. 3/4, S. 423—445. 1924.

Das Blut von thyreoparathyreopriven Hunden erzeugt beim gesunden Tiere insbesondere eine Herabsetzung des mittleren Blutdruckes, die auf die Anhäufung von toxischen Substanzen zurückzuführen ist. Im Zustande der Kachexia strumipriva wird die Wirksamkeit dieser Substanzen durch die gesteigerte Tätigkeit der Hypophyse und der Nebennieren neutralisiert. Indessen ruft eine Einspritzung des Baumannschen Jodothyrins und von Endothyrin keine Herabsetzung des Blutdruckes hervor, vielmehr eine Steigerung des Pulsfrequenz. Daraus kann man schließen, daß die wahren Hormone der Schilddrüse keinen schädlichen, sondern einen begünstigenden Einfluß auf den Vasomotorenapparat ausüben. Zwischen der Schilddrüse und der Nebennierenrinde besteht kein Antagonismus. Die wirksamen Prinzipien der Schilddrüse erhöhen die Erregbarkeit des Herzhemmungszentrums und beeinflussen die Wirksamkeit des Adrenalins auf den Gefäßtonus nicht. Das Fasten ruft keine bemerkenswerten Veränderungen des Blutdrucks hervor. Die Steigerung des Blutdrucks, die durch Adrenalin bedingt ist, ist im Zustande des Fastens geringer als im normalen. Dies ist auf eine Herabsetzung der Erregbarkeit der vasomotorischen Fasern des Sympathicus zurückzuführen, die sich auch durch elektrische Prüfung erweisen läßt. Im Anschluß an das Fasten erweisen sich auch die Gefäßreaktionen, die durch eine Asphyxie hervorgerufen werden, als wesentlich schwächer. Die Erregbarkeit des Vagus wechselt erheblich und der Ernährungszustand des Tieres ist ohne Zweifel von großem Einfluß darauf. Beiderseitige Durchschneidung des Vagus ist von einer Blutdrucksteigerung gefolgt, die im Zustande des Fastens erheblich größer ist als im normalen.

v. Skramlik (Freiburg i. Br.).°°

Rydin, Hakan: Action de la nicotine sur le système nerveux sympathique et parasympathique du cœur de la grenouille. (Die Wirkung des Nicotins auf das sympathische und parasympathische Nervensystem am Froschherz.) (*Inst. de pharmacol., univ., Upsala.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93,** Nr. 32, S. 1189—1192. 1925.

Das Nicotin hat nicht nur die seit Langley bekannte Wirkung auf die Synapsen des vegetativen Systems, sondern es besitzt in hohen Dosen auch eine ausgesprochene Affinität zu den Endorganen des autonomen Systems, und zwar lähmt es den fördernden Sympathicus und den hemmenden Parasympathicus, kann also die gewöhnliche Wirkung des Adrenalins auf das Froschherz aufheben; es wurde sogar eine geringe Hemmungswirkung des reinen Adrenalins auf das nicotinisierte Herz beobachtet. Diese kann man nicht auf eine Reizung der parasympathischen Endorgane beruhen, da die angewandten Dosen Nicotin auch die Acetylcholinwirkung aufheben. Verf. ist geneigt, mit Dackman und Lundberg eine schwache sympathische Hemmungsinnervation des Herzens anzunehmen. *Erich Guttmann* (München).

Hess, W. R.: Über die Wechselbeziehungen zwischen psychischen und vegetativen Funktionen. (*Physiol. Inst., Univ. Zürich.*) Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **15,** H. 2, S. 260—277. 1924. Bd. **16,** H. 1, S. 36—55 u. H. 2, 285—306. 1925.

Eingehende theoretische Erörterung, deren Einzelheiten im Original nachzulesen sind, da sie sich für ein Referat nicht eignen. Es wird zwischen vegetativem und animalem Nervensystem unterschieden, von denen das erstere für geeignete Funktionsbedingungen im Milieu der Zellen sorgt, während das letztere die Wechselbeziehungen zwischen Individuum und Umwelt reguliert. Die psychischen Funktionen sind ein Teil der animalen Regulationsvorgänge. Der Erfolg animaler Leistung ist von der Tätigkeit der vegetativen Organe abhängig. Andererseits sind letztere auf die Tätigkeit des animalen Systems angewiesen, wenn es gilt, Nahrung heranzuschaffen oder die Voraussetzungen für einen störungsfreien Ablauf der vegetativen Funktionen zu gewährleisten. So besteht nicht einseitige Unterordnung, sondern gegenseitige Bedingtheit. Ein harmonischer Ablauf ist nur möglich, wenn sich beide Systeme gegenseitig zu steuern vermögen. Wie das animale System in die Regulierung vegetativer Funktionen einzugreifen vermag, so bestehen Zustände, in denen das vegetative System die Führung besitzt. Letzteres ist im Schlaf der Fall, der als ein Akt vegetativer Regulierung zu kennzeichnen ist. Im Schlaf sind in die Bahnen der animalen Reize Hem-

Digitized by Google

mungen eingeschaltet, die auch die psychische Tätigkeit treffen. Der gesamte animale Apparat wird so ein Erfolgsorgan vegetativer Regulierung. Wie der Schlaf geht auch das Wecken als indirekte Folge eines animalen Reizes über das vegetative System. Der Schlaf ist eine Funktion das Parasympathicus, während die Umstellung auf Entfaltung animaler Leistung durch den Sympathicus bewirkt wird. Dem Schlaf entgegengesetzt ist der Affekt, in dem das Wachsein seinen höchsten Grad erreicht. Die hier skizzierte Auffassung wird an dem vom vegetativen Nervensystem abhängigen Pupillenspiel ausführlich erörtert. Außer der Physiologie entnommener Beweise werden klinische und pharmakologische Beobachtungen angeführt, die für eine regulatorische Abhängigkeit corticaler Funktionen vom vegetativen Nervensystem sprechen. Diese Auffassung führt den Verf. zu der Annahme, daß die Ursache von Geisteskrankheiten in der gestörten Harmonie zwischen vegetativen und animalen Bedürfnissen im Gebiete psychischer Tätigkeit zu suchen sei. *R. Greving* (Erlangen).

Schneller, Fritz: Zur Physiologie der Dünndarmbewegungen. (*Med. Univ.-Klin., Breslau.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **209**, H. 2/3, S. 177—217. 1925.

Die Frage der Dünndarmbewegungen wurde an Hand von Versuchen am überlebenden Darm von Meerschweinchen, Katzen und Kaninchen sowie an Hand von Röntgendurchleuchtungen des Katzendarmes untersucht. Abweichend von der Anschauung früherer Autoren nimmt Verf. nur eine Form der Dünndarmbewegung an, nämlich die peristaltische Bewegung. Je nach dem Rhythmus ergibt die peristaltische Bewegung die beiden anderen Bewegungstypen — die Pendel- und die Rollbewegung. Die kleine peristaltische Bewegung führt zur Pendelbewegung; aus der großen peristaltischen Bewegung resultiert die Rollbewegung. All diese Formen der Darmbewegung weisen folgende gemeinsame charakteristische Merkmale auf: 1. Sie laufen rhythmisch in gewissen Zeitabständen vom stomachalen Ende nach dem cöcalen, wobei sie fast gleichzeitig die Ring- und Längsmuskulatur betreffen. 2. Die Kontraktion ergreift die einzelnen Muskelschichten nicht jedesmal mit gleicher Intensität. Vielmehr sind sie bald in der Längs-, bald in der Ringmuskulatur stärker ausgeprägt. 3. Jeder Kontraktion läuft eine Dilatation der gesamten, d. h. der Ring- und der Längsmuskulatur voraus. Dadurch bekommt die Bewegung einen ausgesprochen ring-wellenförmigen Charakter, fingförmig in der Quer-, wellenförmig in die Längsrichtung des Darmes. 4. Die Darmbewegungen sind als rhythmisch ablaufende Schwankungen des Darmtonus (Tonuswellen) aufzufassen. Überhaupt darf jede myomotorische Darmfunktion als eine unmittelbare Tonusfunktion angesprochen werden. 5. Die Tonusänderungen werden durch entsprechende Änderungen des Erregungszustandes des Auerbachschen Nervenplexus verursacht und sind an die Intaktheit dieses Plexus gebunden. Die Rhythmizität der Pendel- und der Rollbewegungen ist entsprechend dem rasch wechselnden Darmtonus oftmals nur latent. — Die peristaltischen Bewegungen können auch in stomachaler Richtung, also antiperistaltisch verlaufen. Sobald z. B. eine peristaltische Bewegung, welche etwa flüssigen Inhalt abwärts treibt, auf ein Hindernis trifft, wird der Darminhalt rückwärts entweichen. Es wird dadurch die Muskulatur stomachalwärts von der kontrahierten Darmstelle gedehnt werden und die Erregung wird nach dem von Üxküllschen Dehnungsgesetz stomachalwärts zurückfließen müssen, also antiperistaltisch. Das gleiche wird eintreten, wenn sich eine mehr oder weniger gleichmäßig gefüllte Darmschlinge plötzlich an irgendeiner Stelle zu kontrahieren beginnt. Stets aber überwiegen am Darm die peristaltischen über die antiperistaltischen Bewegungen. Durch den Bayliss-Starligschen Reflex werden die antiperistaltischen Bewegungen gehemmt, die peristaltischen entsprechend gefördert. Wenn nun unter physiologischen Verhältnissen eine peristaltische und eine antiperistaltische Bewegung zusammentreffen, so wird an dieser Stelle der Darm etwas stärker gedehnt werden. Nach dem v. Üxküllschen Gesetz werden die Erregungen von beiden Seiten gerade nach diesem Punkt hinfließen, den Inhalt zerteilen und in entgegengesetzten Richtungen auseinandertreiben. Dadurch erfolgt eine ausgezeichnete

Digitized by Google

Durchmischung des Inhaltes, die für die Resorption der Nahrung von sehr großer Bedeutung ist. Die nach beiden Richtungen erfolgenden Verschiebungen der Inhaltsmassen liefern auch die Möglichkeit einer Erklärung der sog. Segmentierung des Darminhaltes. *J. Abelin* (Bern).°°

Hansen, K., und W. Rech: Beziehungen des Kleinhirns zu den Eigenreflexen. (*Nervenabt., med. Klin., Heidelberg.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 87, H. 4/6, S. 207—222. 1925.

An einem Patienten mit einseitigem Kleinhirnsyndrom wurde mittels Saitengalvanometer und Hoffmannschem Doppelschlagapparat die Dauer der Refraktärperiode der Vorderarmbeugermuskeln bestimmt. Bei kurzem Intervall der zwei Reize erhält man dann nur eine Reflexkontraktion, weil der zweite Reiz noch in die absolute Refraktärperiode der durch den ersten Reiz im neuromuskulären Apparat gesetzten Erregung hineinfällt; wählt man die Zwischenzeit der zwei Reize etwas größer, so bekommt man von einem bestimmten Intervall an zwei Reflexwirkungen der Muskeln, von denen die zweite, weil sie noch in der relativen Refraktärperiode nach der ersten Erregung fällt, etwas kleiner ist als die erste, nach der Amplitude der Aktionsströme beurteilt. Liegt der zweite Reiz außerhalb der relativen Refraktärperiode der ersten Erregung, so sind die beiden Reflexe gleich groß. Durch Bahnung, d. h. Verstärkung der Innervation, kann eine Verkürzung der Refraktärperiode um einen gewissen Betrag herbeigeführt werden. In dieser Weise haben Verff. bei ihrem Kranken quantitative Messungen der Refraktärperioden der Vorderarmbeuger der kranken und der gesunden Seite ausgeführt und dabei gefunden, daß die absolute Refraktärperiode des „Vorderhornapparates" auf der kranken Seite verlängert ist, unabhängig von der Bahnung. Die Dauer der absoluten und der relativen, also der totalen Refraktärphase war auf der kranken Seite ebenfalls verlängert, jedoch nur solange der Einfluß der Bahnung noch gering war. Bei plötzlicher Entspannung der Muskeln fehlte auf der kranken Seite der normal konstant vorhandene Denervationsreflex (Hansen-Hoffmann). Auf Grund dieser Ergebnisse nehmen Verff. an, daß das Kleinhirn einen tonisierenden Einfluß auf die spinalen motorischen Apparate ausübt.

Dusser de Barenne (Utrecht).

Leiri, F.: Über posturale Reflexe. Finska läkaresällskapets handl. Bd. 67, Nr. 9, S. 793—802. 1925. (Schwedisch.)

Unter posturalen Reflexen versteht Leiri im Anschluß an Foix und Thévenard (Les réflexes de posture) Reflexe der Haltung und Lagestellung, die dadurch entstehen, daß man bei normalen Individuen die Lage irgendeines Gliedes oder Körperteiles verändert, wobei ein tonischer Kontraktionszustand zum Ausgleich und zur Fixierung dieser Lageveränderung eintritt. Dieser tonische Ausgleichsmechanismus kann in pathologischen Zuständen gesteigert oder herabgesetzt sein. Der Reflex ist identisch mit dem von Westphal 1877 als paradoxale Kontraktion beschriebenen, d. h. eine Kontraktion des Tibialis anterior bei passiver Dorsalflexion des Fußes in einem Falle von disseminierter Pseudosklerose. Der posturale Reflex ist am leichtesten im Gebiete des Tibialis anterior, in den Flexoren des Arms und hinteren Hüftmuskeln auszulösen. Er kann pathologisch gesteigert und herabgesetzt sein. Abgeschwächt oder aufgehoben ist er bei Läsionen der Pyramidenbahnen, Läsionen des elementaren Reflexbogens (Neuritis) und Cerebellaraffektionen. Gesteigert ist er bei extrapyramidalen Erkrankungen, Paralysis agitans, Pseudosklerose, postencephalitischer und Wilsonscher Krankheit. Er ist ein direkter Ausdruck cerebellarer Innervationen, und haben bei ihm die niederen Zentren nur die Funktion einer Durchgangsstation. Die posturalen Reflexe entstehen durch eine Summation von Reizen und sind bei der Hemiplegie abgeschwächt oder aufgehoben, weil in den basalen Ganglien eine stärkere Hemmung von Kleinhirn zustande kommt als bei normalen Zuständen. *S. Kalischer* (Berlin).

Galant, Johann Susmann: Die Abbaureflexe. Reflexe im Anschluß an den Abbau höherer Funktionen. Mit Bezug auf die Arbeit von Dr. Stefan Betlheim (Wien): „Säug-

Digitized by Google

lingsreflex bei Apraxie". Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie, Bd. 43, S. 226. Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 44, H. 2/3, S. 184—188. 1925.

Vgl. dies. Zentrlbl. 38, 253.

Verf. wendet sich zunächst im allgemeinen gegen unzutreffende Neuschöpfungen in der medizinischen Terminologie, dann im speziellen gegen den „Säuglingsreflex", der fast nur bei Schwerdementen vorkommt und eine große Menge wesensverschiedener Phänomene umfaßt. Dieser Name sei durchaus nicht geeignet, um eine spezifische Erscheinung zu kennzeichnen. Des Verf. Vorschlag geht dahin, die Gruppe von Reflexen, die infolge des Abbaues der höheren Funktionen als Ersatz derselben auftreten und vielfach an das frühinfantile Entwickelungsstadium des Menschen erinnern, Abbaureflexe zu nennen. Die einzelnen Abbaureflexe wären durch die psychomotorische Reaktion, die sie zum Ausdruck bringen, zu bezeichnen: also Greifabbaureflex, Saugabbaureflex, Sprachabbaureflex usw. *Manfred Goldstein* (Magdeburg).

Langelaan, J.-W.: Le tonus musculaire et le réflexe tendineux. (Der Muskeltonus und der Sehnenreflex.) (*Laborat. de physiol. et laborat. d'embryol. et d'histol., univ., Utrecht.*) Encéphale Jg. 20, Nr. 9, S. 629—644. 1925.

Bekanntlich unterscheidet Langelaan zwei Arten von Tonus, den contractilen Tonus im Sinne Müllers und Brondgeests, ein Reflex, durch den die Länge des Muskels seiner Spannung angepaßt wird, und den plastischen Tonus, der von der Gewebsspannung abhängig ist. Die erstere Tonusart ist vom cerebrospinalen Nervensystem, die zweite reflektorisch vom autonomen Nervensystem abhängig. Die Gewebsspannung ist nicht hydrostatischer oder osmotischer Natur, sondern ist nach Verf. wahrscheinlich durch Oberflächenspannungserscheinungen bedingt. Die Sektion der autonomen Muskelfasern bringt nach L. den plastischen Tonus zum Verschwinden; besonders interoceptive Reize sind imstande, diese Tonusart zu modifizieren. Reizung des Grenzstranges oder der Rami communicantes hat nach Verf. eine Erhöhung der Gewebsspannung zur Folge. Es soll diese Ausfallserscheinung ein bleibender Effekt der Ausschaltung der autonomen Muskelinnervation sein. Der Sehnenreflex ist unabhängig von der autonomen Muskelinnervation, wie schon längst von anderen Autoren nachgewiesen worden war. Die elektrischen Erscheinungen bei den Sehnenreflexen sind nach Verf. in Übereinstimmung mit seinen oben reproduzierten Angaben.

Dusser de Barenne (Utrecht).

Prengowski, P.: Hilfsverfahren bei der Erzeugung der Kniereflexe. (*Städt. Krankenh. St. Johannes, Warschau.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 42, S. 1743—1744. 1925.

Verf. gibt einige, zum Teil jedem Neurologen selbstverständliche Kunstgriffe bei der Prüfung des Patellarreflexes an. Der Arzt stehe von links, beuge sich mit dem Rumpf nach rechts, um die Knie vor den Augen des Patienten zu verhüllen. Die linke Hand drücke am Quadriceps, höre damit im Moment des Hammerschlags auf. Man klopfe „indirekt" auf ein Lineal. Verf. konstruierte hierfür ein 20 cm langes, mit schmalen Rändern, einem geraden, der beklopft wird, und einem konkaven, der der Quadricepssehne anliegt. Den Berlinerschen Hammer modifiziert Verf., indem er dem Ansatzteil eine untere gerade Fläche gibt.

F. Loewy-Hattendorf (Berlin).

Pereira, Jayme R.: Le clonus du pied. (Der Fußklonus.) Rev. neurol. Jg. 32, Bd. 2, Nr. 4, S. 474—486. 1925.

Nach Verf. gibt es keinen „wahren" und „falschen" Fußklonus. Er ist entweder ein physiologischer oder ein pathologischer Reflex, oder man hat es mit willkürlichen periodischen Zuckungen zu tun. Bei einer gewissen Lage des Beines (Aufsetzen des Fußes nur mit der Metatarsalgegend der Fußsohle, starke Kniebeugung von mindestens 90°) kann man durch rasche Kontraktion der Fußstrecker einen echten Klonus erhalten. Er entsteht durch einfache isolierte Kontraktionen, die sich auf eine Verkürzung des Triceps aufsetzen. *E. Loewy-Hattendorf* (Berlin).

Seletzki, W. W.: Eine neue Stelle für die Auslösung des Mendel-Bechterewschen Reflexes. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 87, H. 4/6, S. 288—291. 1925.

In einem Falle von rechtsseitiger Hemiplegie infolge Thrombose mit Erweiterung der linken Stammganglien fand Verf. folgendes: Mendel-Bechterewscher Reflex von der gewöhn-

Digitized by Google

lichen Stelle (Fußrücken) aus nur schwach ausgesprochen. Beklopfen der Außenseite des Oberschenkels 6 cm oberhalb der Patella erzeugte deutlichen Mendel-Bechterew. Derselbe trat auch bei Anschlagen höher hinauf bis ca. 10—12 cm oberhalb der Patella ein. Der Mendel-Bechterewsche Reflex ist also — ebenso wie sein Antipode, der Babinski-Reflex — in einigen Fällen von verschiedensten Stellen aus auslösbar. *Kurt Mendel.*

Kán, Gizella: Über den idiomuskulären Reflex im Kindesalter. (*Weißes-Kreuz-Kinderspit., Budapest.*) Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. **31**, H. 2, S. 174—177. 1925.

Verf. fand den idiomuskulären Reflex bei 103 Kindern unter 2 Jahren in 20% der Fälle, hauptsächlich bei abgemagerten, in ihrer Entwickelung zurückgebliebenen Säuglingen. Bei 120 gesunden Kindern über 2 Jahren fand sich die idiomuskuläre Kontraktion in 70% der Fälle, am häufigsten am Pectoralis, Biceps, Trapezius, Serratus. Bei Tuberkulösen fand sich der Reflex in 47% der untersuchten Fälle, so daß ein Zusammenhang mit Tuberkulose abzulehnen ist. Auch durch die anderen, bisher aufgestellten Hypothesen ist die Entstehung des Phänomens nicht zu erklären.

Max Grünthal (Berlin).

Psychologie und allgemeine Psychopathologie.

● **Gemünd, Wilh.: Leben und Anpassung. Eine Studie über die ontogenetische Reproduktion und das „aktive" Anpassungsvermögen der lebenden Substanz.** Bonn: Friedrich Cohen 1925. 160 S. G.-M. 5.—.

Vorliegende Arbeit stützt sich auf die Gedankengänge Semons. Ein wichtiger Terminus der Lehre Semons ist das Engramm. Damit sollen die Strukturveränderungen der lebenden Substanz bezeichnet sein, die durch Erregungsvorgänge im Gefolge von Reizeinwirkungen hervorgebracht werden („Gedächtnis" der lebenden Substanz). Engramme beeinflussen und verändern zunächst die Struktur des morphologischen Stadiums, indem sie auftreten, dann aber auch die Struktur des nächsten und aller folgenden Stadien. (Verf. ist Anhänger der epigenetischen Entwicklungstheorie, nach der die determinierenden Faktoren eines Entwicklungsstadiums erst unmittelbar vorher auftreten, keineswegs aber schon in den Keimzellen enthalten sind. Letzteres würde der Evolutionstheorie entsprechen. Keine von beiden Theorien ist allein richtig.) Jeder Organismus ist lediglich ein Glied in einer unendlich langen Kette von Generationen. Jede ontogenetische Entwicklung bedeutet innerhalb dieser phylogenetischen Reihe nur eine weitere Individualitätsphase. Sie ist nichts anderes als eine erneute „Ableierung" früherer ähnlicher Entwicklungsabläufe. In ihr kommen alle Reaktionsfähigkeiten zu Wort, die die betreffende lebende Substanz in der langen vorausgegangenen Phylogenese erworben hat; d. h. die in der Phylogenese erworbenen Engramme werden in der Ontogenese jeweils ekphoriert. Verf. ist demnach Anhänger der „Vererbung erworbener Eigenschaften"; einer Theorie, die bis heute nicht recht anerkannt wird, die aber zweifellos große Wahrscheinlichkeit für sich hat, wenn ihre Richtigkeit sich für den Menschen auch schwerlich wird nachweisen lassen. Verf. entwickelt zum Teil geistreiche, aber recht theoretisch anmutende Anschauungen über das Wesen der Engramme und Erregungskomplexe, ferner über ihre Synthese aus einzelnen Komponenten. Ein besonderes Kapitel ist der aktiven Anpassungsfähigkeit gewidmet, die sich Verf. durchaus mechanistisch erklären möchte. Sie ist eine Eigentümlichkeit der lebenden Substanz von Urbeginn an. Der fortschreitenden Entwicklung liegt eine bestimmte orthogenetische Tendenz zugrunde; sie ist durch das Darwinsche Selektionsprinzip nicht erklärt. Es lassen sich im Referat nur kurze Andeutungen wiedergeben. Die Arbeit stellt gewissermaßen eine Fortführung und konsequente Verarbeitung der Semonschen Theorie dar. Sie ist anregend geschrieben und enthält wichtige Gesichtspunkte, die für alle theoretischen Biologen von Interesse sind. Es handelt sich vielfach um Anschauungen, die wohl schwerlich je beweisbar sein werden. *H. Hoffmann* (Tübingen).

Digitized by Google

Schulte, Rob. Werner: Psychologie und Medizin. Psychol. u. Med. Bd. 1, H. 1, S. 1—6. 1925.

Arbeitsgemeinschaft zwischen praktischem Arzt und Fachpsychologen schwebt als Ziel vor. Die Psychologie des behandelnden Arztes, die des Patienten und die der Wechselbeziehung zwischen Arzt und Patient werden an Hand eines Schemas als Aufgabe gezeigt. Ein psychotechnisches Anlernverfahren für den werdenden Arzt wird in Aussicht gestellt. In der Psychopathologie des Patienten, die bisher fast ausschließlich medizinisch-pathologisch erfaßt worden ist, wird mancher Fortschritt vom Fachpsychologen erwartet. Beim Hinweis auf die Wechselbeziehungen zwischen Arzt und Patient erscheint als zukünftige Hauptaufgabe des Arztes: Individual- und Volkserziehung zu Gesundheit, Natürlichkeit und Vernunft. *Scholl* (Kassel).

Jaensch, Erich R.: Über eine Lücke im gegenwärtigen Wissenschaftsbetrieb und das Verhältnis von Psychologie und Medizin. Psychol. u. Med. Bd. 1, H. 1, S. 36 bis 38. 1925.

Das Gesamtgebiet der philosophischen Fakultät erstreckt sich von der physikalischen und chemischen Natur bis zum Tierreich, um sich dann, nach jäher Unterbrechung unter Außerachtlassung des Allgemein-Menschlichen, des Menschen als psychophysischen Wesens, erst in einem viel höheren Gebiet des Weltgeschehens (Kultur, Geschichte) wieder fortzusetzen. Diese klaffende Lücke zu überbrücken, ist unter den Fächern der philosophischen Fakultät besonders die Psychologie berufen, vermöge ihres engen Verhältnisses zur Sinnesphysiologie und zur Physiologie überhaupt. *S. Fischer* (Breslau).

● **Henning, Hans: Psychologie der Gegenwart. (Lebendige Wissenschaft. Strömungen und Probleme der Gegenw. Hrsg. v. Fritz Edinger. Bd. 2.)** Berlin: Mauritius-Verl. 1925. 184 S. G.-M. 3.50.

Henning, als Autor auf verschiedenen Gebieten der Psychologie sehr bekannt, gibt einen vorzüglich orientierenden Überblick über die Psychologie der Gegenwart, der besonders auch für den Psychiater und Neurologen wertvoll ist. Ich greife als Beispiele heraus: eine überlegene Besprechung von Okkultismus und Parapsychologie, einen kurzen Hinweis auf die psychopathologische Literatur, eine scharfe Kritik der Psychoanalyse, ein paar kurze Bemerkungen zur medizinischen Psychologie, einige wenige, aber inhaltsreiche Seiten über Tierpsychologie. Es liegt in der Natur der Aufgabe, ein Riesengebiet möglichst allseitig zu beleuchten, daß Verf. nicht alle Kapitel mit gleicher Eindringlichkeit darstellen konnte; seine Orientiertheit ist auch so noch erstaunlich genug. Eine Bibliographie von 32 Seiten beschließt das Buch. *Eugen Kahn.*

Goldschmidt, Richard Hellmuth: Psychologische Grundbegriffe für die ärztliche Begutachtung, als methodologische Einzelbeispiele aus der fachärztlich-psychodiagnostischen und -psychotherapeutischen Gutachterpraxis, zur Einführung in die medizinische Psychologie. Psychol. u. Med. Bd. 1, H. 1, S. 6—32. 1925.

Der Verf. ist außerordentlicher Professor für Philosophie und Psychologie und nebenher als Arzt in Psychohygiene und Psychotherapie tätig. Die Abhandlung soll eine Werbeschrift dafür sein, daß der Mediziner Psychologie hören müsse; und zwar wird als „medizinische Psychologie" eine „Psychologie unter besonderer Berücksichtigung medizinischer Bedürfnisse" verstanden. Daß die gegenwärtige medizinische Psychologie im Sinne von Bleuler, Bonhoeffer, Ref., Kretschmer u. a. nur von Klinikern geschaffen und ausgebaut, sowie gleichsam ein klinisches Gebiet, aber kein Lehrstoff für den Fachpsychologen ist, wird allerdings im wesentlichen verschwiegen. Aber derartige Bestrebungen in der Fachpsychologie, sich dieses klinische Gebiet anzueignen und so die Fachpsychologie wieder aufzufrischen, sind ja bekannt. Daß hierbei auch die Fachpsychologie der klinischen medizinischen Psychologie Nutzen bringen kann (namentlich durch schärfere Begriffsbestimmung im einzelnen, sowie durch sonstige Detailarbeit), ist unbestritten. Jedoch läßt sich ohne eingehendste Kenntnis der Psychopathologie einerseits und ohne weitgehende Erfahrung über die Bedürfnisse der ärztlichen Praxis andererseits medizinische Psychologie weder lehren noch überhaupt verstehen. Die Abhandlung bringt zunächst psychologische Betrachtungen über die

Digitized by Google

Schätzung (von Renten). Als Einführung in eine psychologische Untersuchung über den Begutachter selbst soll ein Hinweis auf den Nutzen der differentiellen Psychologie für die Selbsterkenntnis dienen. Dieser führt weiter zu einer psychologischen Betrachtung des Begutachteten. Ausführungen über Aggravation und Rentensucht sollen zeigen, wie sich schädliche Suggestionen dynamisch auf den psychophysischen gegenwärtigen Zustand des Begutachteten auswirken. Endlich handelt ein Teil des Aufsatzes vom Übungsmoment in der Psychotherapie. Verf. ist auch der Ansicht, daß eine fortschreitende Kenntnis über „psychohygienische und psychotherapeutische Übungen" zur Minderung der Renten führe. Im übrigen steht der Aufsatz größtenteils nur in einem sehr lockeren, manchmal sogar erzwungenen Zusammenhang zur ärztlichen Begutachtung. *Reichardt* (Würzburg).

Allport, Gordon W.: The study of the undivided personality. (Die Untersuchung der ungeteilten Persönlichkeit.) Journ. of abnorm. psychol. a. soc. psychol. Bd. **19**, Nr. 2, S. 132—141. 1924.

Die Art, in der Einzelzüge miteinander verknüpft sind, ist ein ebenso wesentlicher Teil der Persönlichkeit als diese Einzelzüge selber. Die Form der Verknüpfung, die Formqualität, geht in jedem Schema der Analyse der Persönlichkeit unwiderbringlich verloren. Die Formqualität ist als Attribut der ganzen einheitlichen Persönlichkeit in jedem ihrer Akte mit enthalten, sofern es sich nicht um einen dissoziierten Akt handelt; allerdings ist sie für den Untersucher in bestimmten Verhaltensweisen leichter auffindbar als in anderen. Im praktischen Leben gewinnen wir unsere Kenntnis der fremden Persönlichkeit ohne bewußte Beziehung auf irgendein Zeichen, das durch die Wahrnehmung vermittelt wird. Ein wirklich vollständiger Begriff der Persönlichkeit setzt ein sympathetisches Verstehen der individuellen Triebe, Interessen und Gefühle voraus. Das Verständnis ist durch eine Art von Einfühlung zu gewinnen, deren Genese nicht ganz klar ist, die aber uns ohne Zweifel instand setzt, die Formqualität der Persönlichkeit eines anderen zu erkennen, ohne unsere Auffassung der Gesamtperson durch ein Übermaß einzelner Züge zu verdunkeln. *Erwin Straus* (Charlottenburg).

Sommer, Robert: Psychologie und Organisation des Erfinderwesens. Psychol. u. Med. Bd. **1**, H. 1, S. 32—36. 1925.

Die wichtigste Eigenschaft für den Erfinder ist der „mechanische Sinn"; die Erfinderidee ist ihrem Wesen nach von diesem unabhängig und beruht auf einer „besonderen psychischen Anlage". Verf. fordert eine rationelle Organisation des Erfinderwesens auf psychologischer Grundlage; diese Organisation sei auf der psychologischen Einsicht in die geistigen Eigenschaften der Erfinder und der Erkenntnis des Erfindungsvorganges aufzubauen. *S. Fischer* (Breslau).

Luther, Friedrich: Grundsätzliche Beiträge zu einer Theorie des Spiels. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. **53**, H. 1/3, S. 103—168. 1925.

Wesensschau und Analyse dessen, was wir Spiel nennen und dessen, was die besondere Geisteshaltung des Spielenden, sei es Kind oder Erwachsener, ausmacht. „Spiel ist ein in sich beziehungsvoller Schein, den der Spieler mit Hilfe von Bewußtseinseinteilung unter Spannung und Lustempfinden schafft" — anschaulich das Beispiel des Kreiselspiels, in dem das Kind sein Ich in das reale Kind und in den autonomen Kreiseltreiber zerlegt. Spieler und Spielobjekt befinden sich in einer Welt des Scheins, die das Subjekt zu bestimmen sucht; Subjektivität ist grundlegendes Merkmal jeder Spielart. Verf. setzt sich unter sehr reicher Beziehungnahme besonders auf die ältere große Literatur über das Spiel (die neueste, speziell psychoanalytische bleibt ganz unerwähnt) mit den dort gegebenen bekannten Definitionen, Entstehungs- und Werttheorien des Spieles kritisch auseinander, lehnt den Spieltrieb als originäre Funktion ab und zeigt, daß die Zusammenstellung mit Kunst und die — pädagogisch beachtlichere — mit Lüge nur Überschneidungen und Teilzusammenhänge betrifft. Auch die verbreitetste Groossche Einübungstheorie des Spiels („unabsichtliche Selbstausbildung") trifft nicht auf alle Glieder der vom Verf. aufgestellten, der lebendigen Praxis entnom-

Digitized by Google

menen „Ordnung der Spiele" zu. Verf. unterzieht jedes der acht Glieder einer eingehenden, eigenen Analyse. *Eva Rothmann* (Berlin).

Deutsch, Helene: Beitrag zur Psychologie des Sportes. Internat. Zeitschr. f. Psychoanalyse Bd. 11, H. 2, S. 222—226. 1925.

Ein Patient, der an Impotenz mit Angstzuständen und Depressionen leidet, fühlt sich nur beim Sport, den er eifrig betreibt, vollwertig. In der Analyse läßt sich nachweisen, daß die selbstgeschaffene, lustbringende Spielsituation mit der phobischen, die sich vom Kastrationskomplex herleitet, identisch ist; nur, daß Patient in der Phobie unzweckmäßig die Flucht ergreift, während er im Sportspiel zweckmäßig die Situation zu beherrschen versucht.

In der sportlichen Situation gelingt es, die neurotische Angst (Kastrationsangst, Todesangst) in eine Realangst zu verwandeln und durch Einhaltung bestimmter Bedingungen statt der Unlustsituation der Phobie die lustspendende des Spieles zu schaffen. Auch andere libidinöse Regungen (homosexuelle mit Aggressionstendenzen, masochistische Strafwünsche, Exhibition) gelangen im Sport in einer desexualisierten, ichgerechten Form zur Abfuhr. Auch beim nicht ausgesprochen neurotischen Individuum dient die sportliche Betätigung der Projektion einer Angstquelle nach außen und der Angsterledigung. Der soziale Wert des Sportes liegt zum Teil darin, daß durch den Prozeß der Verlegung des Kampffeldes Aggressionsneigungen ichgerecht abgeführt werden können. Die Wunde des Kastrationskomplexes wird durch Steigerung der narzistischen Befriedigung gemildert, vor allem wird die Möglichkeit geschaffen, ein Stück der allmenschlichen Kastrations- bzw. Todesangst rationell zu erledigen.

Erna Ball (Berlin).

Weiskotten, Thomas Fister: On the effects of the loss of sleep. (Über die Wirkungen der Schlaflosigkeit.) Journ. of exp. psychol. Bd. 8, Nr. 5, S. 363—380. 1925.

Der Autor blieb im Selbstversuch 62 Stunden schlaflos. Vor, während und nach der Periode der Schlaflosigkeit, im ganzen durch 17 Tage, wurde der Zustand durch eine Reihe psychologischer und physiologischer Untersuchungen kontrolliert. Die psychologischen Tests bestanden in Gedächtnisprüfung mit sinnlosen Silben nach Meumann, Schnelligkeitsprüfung bei der Addition mehrstelliger Zahlen und Aufmerksamkeitsprüfung nach Whipple: aus einem Text, der 100 A enthält, sind in 45 Sek. so viel A als möglich durchzustreichen. In körperlicher Hinsicht wurden Pulszahl und Körpergewicht kontrolliert. Introspektiv bemerkte der Autor in der ersten Nacht Gehörsüberempfindlichkeit, ein Gefühl leichten Alkoholrausches und eine gewisse Steigerung der geistigen Arbeitsfähigkeit. Am darauffolgenden Tage fühlte er sich zunächst frischer als nach einer durchschlafenen Nacht. Erst nachmittags machte sich Schläfrigkeit bemerkbar. In der zweiten Nacht bestand anfangs noch große geistige Aktivität. In der zweiten Hälfte der Nacht aber nahm die Müdigkeit zu, tranceartige Zustände von etwa 1 Min. Dauer traten auf, der Zustand glich immer mehr dem der Alkoholintoxikation. Am Morgen darauf erreichte die Ermüdung ihren Höhepunkt und der ganze folgende Tag war durch stärkste Müdigkeit und Kampf gegen den Schlaf charakterisiert. In der folgenden Nacht schlief der Autor 14 Stunden, aber nicht sehr ruhig und fest. Erst der Schlaf der nächsten Nacht — 9 Stunden — war ruhig und tief. Die Tests für Gedächtnis und Schnelligkeit zeigten keine wesentliche Veränderung in der ersten Periode der Schlaflosigkeit, dagegen eine rasche Abnahme der Leistungsfähigkeit in der zweiten Hälfte, besonders am 3. Tag. Die Aufmerksamkeitsprüfung ergab eine Abnahme vom Beginn der Schlaflosigkeit an. Unmittelbar nach dem ersten Schlaf am Ende des Experiments waren die Ergebnisse der ersten beiden Tests besser als vor dem Versuch, der Aufmerksamkeitstest zeigte keine Veränderung. Die Pulskurve sank gegen Ende der Schlaflosigkeit bis auf 52, das Körpergewicht veränderte sich nicht wesentlich. Gemeinsam mit früheren Beobachtern konstatierte der Autor eine Periode geistiger Stimulation im Beginn der Schlaflosigkeit, die der Abnahme der Leistungsfähigkeit vorausgeht. *Erwin Wexberg* (Wien).

Metzger, E. L., M. Simon und H. Weinberg: Gesichtsfelduntersuchungen an Schwangeren. (Ein Beitrag zur Kenntnis der psychophysischen Veränderungen in der

Digitized by Google

Graviditāt.) (*Univ.-Frauenklin. u. Univ.-Augenklin., Frankfurt a. M.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. **70**, H. 3/4, S. 140—146. 1925.

Untersuchung an 56 Schwangeren. In der Mehrzahl der Fälle normale Gesichtsfelder ante und post partum. Post partum war die Aufmerksamkeit der Untersuchten bedeutend größer. Das Gesichtsfeld des zweituntersuchten Auges zeigte, besonders beim Farbengesichtsfeld, mit auffallender Regelmäßigkeit deutliche Ermüdungseinschränkung, selbst wenn eine längere Ruhepause eingeschaltet worden war. Die Aufmerksamkeitsschärfe wurde immer geringer, je näher der errechnete Geburtstermin rückte. Bei 9 Fällen wurden von vornherein konzentrische Gesichtsfeldeinengungen beobachtet. Einwandfreie Gesichtsfeldeinschränkungen, die auf eine Leitungsunterbrechung oder -erschwerung in der Gegend des Chiasmas hinweisen, wurden in keinem einzigen Falle gefunden. Dagegen fanden sich mit großer Regelmäßigkeit funktionell bedingte Abweichungen von dem normalen Verhalten. Sie zeigen die Abhängigkeit psychischer Prozesse, wie Wahrnehmung, Aufmerksamkeit u. ä., vom somatischen Zustand. *Kurt Mendel.*

Friedenthal, Hans: Die Rolle der Physiognomik in der menschlichen Praxis. (*Arbeitsst. f. Menschheitskunde, Univ. Berlin.*) Psychol. u. Med. Bd. **1**, H. 1, S. 55—57. 1925.

Körperbau, Konstitution, Charakter des Menschen sind voneinander abhängige Größen. Sie werden durch „Erbanlage mal Umwelteinfluß" in wechselnden Verhältnissen geschaffen. Grundsätzlich gibt es keine unverbesserlichen Mißbildungen, keine unerziehbaren Kinder, unverbesserlichen Verbrecher oder unheilbaren Kranken, sondern wir dürfen nur von einer vorläufig mangelhaften Beherrschung der Umwelteinflüsse von unserer Seite reden. *Kretschmer* (Tübingen).

Buijtendijk, F. J. J., und H. Plessner: Die Deutung des mimischen Ausdrucks. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewußtsein des anderen Ichs. Philosoph. Anz. Jg. **1**, Halbbd. 1, S. 72—126. 1925.

Die vorliegende Arbeit baut sich bei der Behandlung des Hauptthemas aus rein philosophischen und logischen Betrachtungen auf, die schon wegen der Vielheit der berührten Probleme im kurzen Auszuge unmöglich sinnvoll wiedergegeben werden können; sie müssen im Originale studiert werden. Wohl aber darf nicht versäumt werden, die außerordentlich interessanten und scharfsinnigen tierpsychologischen Erläuterungen zu zitieren, die die Arbeit durchflechten.

Ausgehend von der konkreten und erstaunlich großen Wandelbarkeit des Reizwertes oder der Bedeutung der in der Umwelt der Tiere enthaltenen Objekte, wird die synthetische Ganzheitsbetrachtung der Lebensäußerungen in ihrem logischen Gegensatze zur kausalen Analyse in klarer Weise erörtert und das Tier als Glied im Naturganzen als Fragesymbol hingestellt. Das Verständnis der allgemeinen Erscheinung, daß im Organischen der Einfluß stets gleich bleibender Objekte eine sehr ungleiche Wirkung haben kann, erfordert besondere Gedankengänge. Das v. Uexküllsche Schema der Merkwelt-Innenwelt-Wirkungswelt genügt hier nicht, weil es dem Bedeutungswechsel der Umweltdinge und damit ihrer Reizwerte nicht gerecht wird. Beim Menschen gibt es ein Gebaren, das sich, bei völliger Ausschließung seiner rationalen Sphäre, an rein sinnlichen Daten entfaltet und an welchem die eigenartigen Veränderungen des Reizwertes der Daten nicht von ihrer quantitativen Veränderung abhängig erscheint; vielmehr erfüllt sich die Antwortreaktion auf das Wahrnehmungsbild im Zusammenhange der wechselnden, inneren Zustände und der Feldstruktur der Umgebung. Solche Bedingungen ergeben sich bei der Wahrnehmung des mimischen Ausdruckes des anderen Menschen und auch des Gebarens der von uns beobachteten Tiere. Man vermeint eine unsichtbare Welt mit den Händen zu greifen, in der die Eintracht zwischen dem Wesen und seiner Umgebung liegt und welche die Bereitschaft zu einer bestimmten sinnvollen Betätigungsform mit enthält. Es werden uns aber solche Verhältnisse nicht durch eine nach Fachbedürfnissen eingeteilte Analyse zugänglich, sondern nur durch die ursprüngliche Zuwendung auf die lebendigen und natürlichen Tiefendimensionen des Geschehens unter Wahrung des Gesamtzusammenhanges physischer und psychischer Gliederung. Alle organischen Bewegungen zeigen eine dynamische Gestalt. Sie rollen nicht stückhaft ab und bilden kein Zeitmosaik, sondern sie schließen sich zu einer Ganzheit zusammen — der Bewegungsmelodie von v. Uexküll — deren Teile variierbar sind. Diese Ganzheiten gehören zum Organismus durch sein Verhalten zur Umwelt, seine Morphologie und artspezifischen Instinkte, denen er nicht entfliehen kann. Sobald man dazu übergeht,

Digitized by Google

die Bewegungsgestalten in ihre Bestandteile zu zerlegen und ihren kinematischen Zusammenhang zu erforschen, verläßt man die Schicht unmittelbaren Verstehens und fängt an, kausal zu erklären. Der Schritt des gehenlernenden Kindes umfaßt eine ganze Anzahl ineinandergreifender Bewegungen, die weder für den Betrachter noch für das Kind anschaulich gegeben sind; er dient dazu, ein Fortschreiten des Leibes als Ganzes zu erzeugen, durch einfache in dem Verhältnis des Leibes zur Umgebung vorgezeichneten Aktionen. Gleiches gilt selbstverständlich auch von den Beziehungsformen des Suchens, Greifens, Drohens usw. Auch hier ist uns das ganze Bewegungsbild in einem raumzeitlich ausgebreiteten Zuge wahrnehmungsmäßig deutlich. Sobald wir den Organismus aus seinen Beziehungen zur Umgebung herausschneiden, bleibt bloß ein lebendiger Körper in Bewegung zurück, dessen Verhalten eigentlich eine unverständliche Kette von Ortsveränderungen zeigt. Der Hund mit vorgestrecktem, am Boden gehaltenem Kopf, der bald hier, bald da plötzlich stehen bleibt, schnüffelt, stark in Absätzen den Bewegungsfluß akzentuiert usw., bietet uns das typische Bild des Suchens. Isolieren wir ihn nun von seiner Umgebung und sehen nur das an, was eigentlich an ihm allein vorgeht, so ist das Wort „Suchen" schon zu viel. Es bleibt eine in ihren Teilen meßbare Spurenfolge da, eine tote Melodie, die wir zwar vernehmen, mit der wir aber nicht mehr mitgehen, ganz so wie es der Unmusikalische tut. Überall da, wo der rein physiologische Aspekt zum allein maßgeblichen Gesichtspunkte wird, treten an Stelle der bildhaft erscheinenden Beziehungen zwischen Leib und Umgebung, der voll und direkt erlebbaren Umweltintensionalität des Leibes, die schematischen, nur im Experiment nachprüfbaren Beziehungen zwischen Reiz und Reaktion. Das Tier sucht, droht, flieht nicht mehr, sondern zeigt taktische Reaktionen, meßbare lokomotorische Prozesse, wie sie der Behaviorismus studiert. Daher kann die Physiologie die Ausdrücke „suchen, fliehen, abwehren, riechen" usw. nicht brauchen; sie kann bloß von Photo-, Chemo- und Ikonorezeption reden. Sehen und greifen kann bloß ein lebendiger Körper, zu dessen Eigenheitsgestalt die Richtung auf die Gegenwelt einer gestalteten Umgebung mitgehört. Genau so wie in der Anschauungswelt das Suchen als eine Bewegungsmelodie im Suchsinn gegeben ist, gibt es darin auch ein Sehen, Riechen, Hören und Tasten als Beziehungsweisen zwischen Umgebung und Leib. Nicht ich projiziere meine sinnlichen Erlebnisweisen in das Tier hinein und treibe anthropomorphe Kryptopsychologie; sondern ich stelle damit nur den Modalcharakter des rezeptiven Verhaltens des Tieres fest, der mir anschaulich gewiß ist. Was das Tier sieht, riecht, hört oder ob es das überhaupt kann, muß durch das Experiment zu erheben getrachtet werden. Aber daß es in der Weise des Hörens, Sehens usw. die Umgebung dann gegenwärtig hat, ist uns in der anschaulichen Vergegenwärtigung der Leib-Umweltrelation deutlich. Zum richtigen Verständnis des Vorgebrachten darf man sich also durch physiologisches Wissen um die Kinematik des lebenden Körpers nicht den Blick für die Bewegungsformen des anschaulich gegebenen Leibes trüben lassen. Der Leib und seine Bewegungsformen bilden eine Einheit, von der man sagen kann, sie sei weder physisch noch psychisch, weil sie in keiner der beiden Seinsebenen liegt, trotzdem aber reell ist. Der Biologe müßte sich bereit finden, sich außerhalb des Gegensatzes von Psychisch und Physisch zu stellen, wodurch er bisher immer noch verhindert worden ist, sich Realitäten wie den hiergenannten zuzuwenden. Da die Entfaltung der objektiven Gestaltspsychologie in nahen Beziehungen zu diesen Ausführungen steht, dürfen diese mit Recht eine besondere Beachtung beanspruchen.

Dexler (Prag).

Hehman, Leslie B.: Significance of „accessory" behavior accompanying vocal reactions. (Bedeutung „akzessorischer" Ausdrucksformen, welche sprachliche Reaktionen begleiten.) (*Henry Phipps psychiatric clin., Johns Hopkins hosp., Baltimore.*) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 14, Nr. 5, S. 666—674. 1925.

Verf. geht davon aus, daß sich das Verhalten eines Menschen in jedem einzelnen Fall als das Resultat aus seiner Vorgeschichte, seinem gegenwärtigen Zustand und der auf ihn wirkenden Reize darstellt und daß es durch diese drei Umstände eindeutig bestimmt ist. Die sprachlichen Äußerungen sind das wichtigste Ausdrucksmittel, stellen aber, wie durch Beispiele dargelegt wird, oft nicht die Gesamtreaktion vor, sondern werden ergänzt oder ersetzt durch andere, teils bewußte („pyramidale"), teils unbewußte („extrapyramidale" und „viscerale") Ausdrucksmittel: Gesten, Haltung, Gesichtsausdruck, kleine Bewegungen, Erröten u. dgl. Bei genauerer Kenntnis der Persönlichkeit findet man, daß sie stets charakteristisch und sinnvoll sind. Sie als objektive Beobachtungsmittel näher zu studieren, erscheint dem Verf. wertvoll. Nicht selten führen sie bei falschen und lügenhaften Äußerungen den Beobachter auf die Wahrheit.

Müller (Dösen).

Markey, John F.: The place of language habits in a behavioristic explanation of consciousness. (Die Stellung der Sprachgewohnheiten in der behavioristischen Er-

Digitized by Google

klärung des Bewußtseins.) (*Univ. of Minnesota, Minneapolis.*) Psychol. review Bd. **32**, Nr. 5, S. 384—401. 1925.

Unter einleitender Vorausschickung der verschiedenen Definitionen des Grundgedankens der Lehre vom Animal Behavior, wird die philogenetische Entwicklung der Sprache aufgezeigt. Das Kind beginnt mit Lauten instinktiver Natur, die als Antwort auf die dasselbe umgebenden Sprachäußerungen und sonstigen Töne und Geräusche aufgefaßt werden müssen. Es befindet sich im „Papagei-Stadium"; sein ganzes Lautgebaren beruht auf bedingten Reflexen, wie etwa ein Hund dazukommt, durch Bellen sein Futter zu „verlangen". Erst wenn später diese Lautgewohnheiten mit entsprechenden anderen körperlichen Angewöhnungen assoziiert worden sind, kann man die ersten Ansätze zu einer wirklichen Sprache austasten: Die habituellen Lautäußerungen werden als Ersatz für aktive körperliche Verhaltensglieder herangezogen. Aber erst dann, wenn erstere, einschließlich der dazugehörigen Gestik und Mimik stellvertretend für ein nicht gegenwärtiges Reizobjekt in Verwendung kommen, ist prinzipiell eine wirkliche Sprache und damit ein grundlegender Unterschied zwischen Mensch und Tier gegeben. Weder hat man beim letzteren darauf hindeutende Anzeichen erhoben, noch ist es jemals gelungen, ihnen eine solche Funktion beizubringen. Die damit nicht ganz übereinstimmenden Ergebnisse der Untersuchungen von Hunter, Walton und von W. Köhler dürfen allerdings nicht unerwähnt übergangen werden. Nach einer längeren Auseinandersetzung über die Identität der Sprache mit dem Denken und dem Bewußtsein gelangt Autor zu dem Schlusse, daß die Bewußtseinstätigkeit behavioristisch in Ausdrücken der Sprachgewohnheiten erklärt werden kann oder mit anderen Worten: Es können diese Gewohnheiten bei der Untersuchung des menschlichen Gebarens eine sehr fruchtbare Quelle für die Erforschung der Bewußtseinsvorgänge, als objektive mechanische Prozesse aufgefaßt, abgeben. *Dexler* (Prag).

Katz: Psychologie der menschlichen Hand. Jahresvers. d. Ver. nordwestdtsch. Psychiater u. Neurol., Rostock, Sitzg. v. 24.—25. X. 1925.

Die Hand dient dem Menschen als Ausdrucksorgan (Gestikulation), als Werkzeug sowie als sensomotorisches Sinnesorgan von großer Vielseitigkeit. Im Gegensatz zur Vielseitigkeit der menschlichen Hand stehen die Spezialorgane der Tiere, ihr am nächsten kommt an Geschicklichkeit die Hand der Anthropoiden. Die während des Krieges gemachten Versuche um einen vollwertigen Ersatz der amputierten Hand durch eine Prothese sind vergeblich gewesen. Soweit die Dinge getastet vorgestellt werden, geschieht das in der Regel mit Hilfe der Hand (der rechten Hand bei Rechtshändern). Die Gedächtnistastungen der getasteten Dinge entsprechen den Gedächtnisfarben der gesehenen Dinge. Soweit die Welt durch den Menschen beherrscht wird, geschieht dies ganz vorherrschend durch die Hand. Maschinen und Werkzeuge sind für den Handgebrauch konstruiert. Die Dickenempfindlichkeit der Finger für biegbare Stoffe ist erstaunlich groß, ebenso die Wahrnehmbarkeit von Rauhigkeitsdifferenzen auf vibratorischem Wege. Die Stoffe unserer Umgebung werden häufig an ihren Temperatureindrücken durch die Finger erkannt. Viele Bilder der Sprache sind der Tätigkeit der tastenden Hand entlehnt (Begriff, Vernunft, Handlung . . .). Die Ausbildung des Sprachzentrums scheint in einer gewissen Abhängigkeit von der tastenden Tätigkeit der Hand zu stehen. In Gegenden, wo manche Teile der Bevölkerung eine Sprache, andere 2 Sprachen von vornherein erlernen, trifft man bei den Zweisprachigen viel häufiger Verwechslungen von rechts und links als bei den Einsprachigen. (D. Katz, Der Aufbau der Tastwelt, Leipzig 1925. D. Katz, Zur Psychologie des Amputierten und seiner Prothese, Leipzig 1921.)

Autoreferat (durch *Walter* [Rostock]).

Hofschlaeger, Reinhard: Geschlecht und Gesellschaft in der Zeit der Menschwerdung. Arch. f. Menschenkunde Jg. **1**, H. 1, S. 1—34, H. 2, S. 83—95, H. 3, S. 131—135, H. 4, S. 180—192 u. H. 5, S. 220—230. 1925.

In der Frühzeit der sich bildenden menschlichen Gesellschaft war Monogamie die Regel, doch wurde dieses Prinzip von den einflußreicheren Mitgliedern der Horde und den Führern häufig durchbrochen. — Viele ethnologische, soziologische und tierpsychologische Hinweise.

K. O. Henckel (Freiburg).

Revesz, G.: Experimental study in abstraction in monkeys. (Experimentelle Untersuchungen über die Abstraktionsfähigkeit bei Affen.) (*Psychol. a. pedag. laborat., univ., Amsterdam.*) Journ. of comp. psychol. Bd. **5**, Nr. 4, S. 293—343. 1925.

Die Reihenbeobachtungen von Revesz wurden an 2 Rhesus- und einem Mohrenaffen

Digitized by Google

angestellt. Er verwendete die Methode der Mehrfachwahl von Futterkästen nach Yerkes und ging von der Frage aus, ob sich die Tiere dabei nach Formen oder nach Farben orientieren. Es ergab sich zunächst die auffallende Tatsache, daß sie sich in ihren Wahldressuren weit weniger verläßlich erwiesen, wie kleine Kinder, ja sogar wie Hühner. Während letztere eine nach wenigen Wiederholungen erlernte Futterdressur völlig festhalten, was das Benehmen der Affen nach dieser Richtung hin geradezu betrüblich. Bei der Verwendung einer über 3 Einheiten hinausgehenden Reihe von Futterkästen versagten sie ganz; aber auch bei 3 Kästen war keine so vollkommene Dressur zu erzielen wie bei Hühnern. Das kam daher, daß die Affen die immanente Tendenz besaßen, immer auf den nächstliegenden Kasten zuerst zuzugehen — auch dann, wenn es ganz sicher war, daß sie die Wahlfigur erkannt hatten. Ferner wurde die anfängliche Richtungnahme durch das kynästhetische Gedächtnis beeinflußt: Der Weg führte immer zu jenem Kasten, aus dem tags zuvor die Lockspeise gewonnen worden war. Dadurch wurde eine absolute Lokalisation des gekennzeichneten Köderortes niemals erreicht, wohl aber eine sicher sehr angedeutete und korrekte regionale Lokalisation. Auch das Beobachten 4—5jähriger Kinder ergab das Vorwiegen einer regionären Lokalisation, d. h. das Zugehen auf jene Kastengruppe, die den richtigen Wahlkasten von beiden Seiten flankierten. Eine derartig beschaffene Raumorientierung befolgt auch der Erwachsene — beim Zurechtfinden in einem wohlbekannten, aber total verfinsterten Zimmer, beim Erlernen des Klavierspiels, bei der Ausprobung des absoluten Tongehörs usw. Demnach scheint die reginale Raumorganisation bloß ein spezieller Fall eines allgemeinen Phänomens zu sein. Daß die Affen niemals eine exakte Lerndressur erlangten, hat aber noch andere Gründe: Niemals waren sie von dem Problem der Futtersuche so ganz erfüllt, daß sie die gleichzeitigen Vorgänge in ihrer Umgebung einfach außer acht ließen, wie das die Hühner tun; in der Tat störte auch die unscheinbarste zufällige Reizeinwirkung aus der Umgebung die Futtersuche immer wieder. Die spezifische Interessenvielheit und die leichte Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit waren daher ein Grund der verhältnismäßig schlechten Leistungen und nicht etwa Mangel an Intelligenz, Lernfähigkeit oder ein niederer Entwicklungsgrad einer psychologischen Konstitution überhaupt. Weiter ergaben die Versuche, daß das Erkennen der richtigen Objekte mehr nach der Form als nach der Farbe erfolgte. Bei jungen Kindern erwies sich eine Farbtendenz als die leitende, während beim erwachsenen Menschen wieder ein Überwiegen der Formtendenz über die Farbtendenz auffiel. Bei der Auswertung dieser mannigfachen Erfahrungen zur Prüfung einer eventuellen Abstraktionsfähigkeit wurde ein negatives Resultat gezeitigt. Die Tiere nahmen zwar ohne Zweifel formidentische Figuren auch dann erkennend wahr, wenn sie in anderen Beziehungen weit voneinander unterschieden waren — die Gestaltwahrnehmung war offenkundig; man könnte bei lästiger Begriffsumgrenzung das auch eine Abstraktion nennen. Autor lehnt diesen Gedanken ab. Die Affen reagierten nach seiner Überzeugung keineswegs auf der Basis einer begrifflichen Abstraktion als Vorstufe eines elementaren Denkens. Ihr ganzes Verhalten läßt sich im Sinne der einfachsten Erklärung auf die Fähigkeit zurückführen, Ähnlichkeiten auf Grund sinnlicher Wahrnehmung zu erkennen. *Dexler* (Prag).°°

Larguier des Bancels, J.: L'instinct et l'émotion. (Trieb und Gemütsbewegung.) Journ. de psychol. norm. et pathol. Jg. 22, Nr. 8, S. 667—676. 1925.

Die Gemütsbewegungen sind nicht einfach gewissermaßen die Innenansichten der Triebe, wie es Ribot, James und Mc Dougall dargestellt haben. Sie haben zwar ihre Wurzel in den Trieben, so z. B. Zorn und Furcht im Trieb zur Selbstbewahrung. Es ist auch berechtigt, ihre körperlichen Äußerungen als Rückstände phylogenetisch alter Triebreaktionen zu betrachten. Sie selbst aber sind vielmehr die Anzeichen eines Versagens der nützlichen Triebreaktionen, eines Konflikts der Tendenzen, einer Anstauung von Erregungen, deren Entladung in nützliche Aktion gehemmt ist.

E. Küppers (Freiburg i. B.).

Winkler-Hermaden, Viktor: Über das Verhältnis von Lustgefühl und Tätigkeit. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 53, H. 1/3, S. 63—102. 1925.

Die Arbeit knüpft an K. Bühlers Theorie der hedonalgischen Reaktion an („Die geistige Entwicklung des Kindes", Kap. 8, 3. Aufl.) und ergänzt die dortige, von biologischen Gesichtspunkten ausgehende entwicklungstheoretische Betrachtung der Beziehung von Lustgefühl und Tätigkeit durch eine deskriptiv-psychologische Untersuchung. Resultat: Neben den drei von Bühler herausgearbeiteten Erscheinungsweisen der Lust: Lust des Genießens, Funktionslust und Schaffenslust kommt noch zwei anderen Spielarten lustvollen Erlebens vom rein deskriptiven Standpunkt aus Selbständigkeit zu, nämlich der Arbeitslust als Lust an erst reflektierter Tätigkeit und der ideellen Lust als Freude an „gedeuteter, einer Idee unterstellter Tätigkeit". Die Arbeit ist reich an Beispielen für jede der fünf Lustmöglichkeiten, die übrigens

Digitized by Google

in gleichzeitigem Erleben nicht einander ausschließen, sondern meist neben- und miteinander bestehen werden. *Eva Rothmann* (Berlin).

Wertheimer, M.: Untersuchungen zur Lehre von der Gestalt. III. Ternus, Josef: Experimentelle Untersuchungen über phänomenale Identität. (*Psychol. Inst., Univ. Berlin.*) Psychol. Forsch. Bd. 7, H. 1/2, S. 81—136. 1925.

Der Tatbestand, daß die Gegenstände im Außenraum „phänomenal identisch" bleiben, obwohl sie z. B. sich im Raum bewegen, sich in Eigenschaften verändern oder obgleich zwischen meinen einzelnen Beobachtungen Zeit vergeht usw., ist von größter Bedeutung für die Erfassung der Außenwelt; bedingt er doch wesentlich, daß wir nicht eine Folge nur verschiedener oder gleicher Eindrücke erleben, sondern eine Welt, in der sich Identisches verändert oder ein Wechsel von Identischem eintritt usw. Verf. hat es sich zur Aufgabe gemacht, die entscheidenden Bedingungen für das Zustandekommen dieser phänomenalen Identität festzustellen. Es kann hier auf die Darlegungen im einzelnen nicht eingegangen werden, insbesondere nicht über die sehr zahlreichen Experimente berichtet werden, durch die es dem Verf. gelingt, die Faktoren, die gewöhnlich als Grundlage der Identitätserhaltung angesehen werden (Aufmerksamkeitsrichtung, Überschaubarkeit, zentrales oder peripheres Sehen usw.) in ihrer Bedeutung zu beschränken resp. abzulehnen. Hier muß auf das auch an Abbildungen reiche Original verwiesen werden, Ref. kann nur das Hauptergebnis mitteilen. Da ist hervorzuheben, daß phänomenale Identität nicht durch irgendwelche Einzeleigenschaften, wie etwa Orts- oder Zeitidentität usw., bestimmt wird, überhaupt sich nicht aus der „Summe" der Bedingungen ergibt, sondern daß sie abhängt von der Stellung, die eine einzelne Gegebenheit eben in der Gesamtgestalt einnimmt. Phänomenal-Identisches bestimmt sich in Hinsicht auf Gestaltsidentität, auf „phänomenale Identitätsverbundenheit gestalthomologer Teile", bestimmt sich „vom Ganzen, nicht von stückhaften Verhältnissen". Dieses Ergebnis macht die Arbeit, die von Wertheimerschen Grundgedanken ihren Ausgang genommen hat, zu einer wertvollen Bestätigung der Gestalttheorie. (Vgl. dies. Zentrlbl. 42, 28.) *Eva Rothmann* (Berlin).

● **Bernfeld, Siegfried: Psychologie des Säuglings.** Wien: Julius Springer 1925. V, 272 S. S. 20.40 / G.-M. 12.—.

Das Buch ist der erste Versuch, eine zusammenfassende Darstellung der Tatsachen zu geben, welche über die psychischen Erscheinungen des 1. Lebensjahres erforscht und in der Literatur niedergelegt sind. Eine solche Arbeit hätte zu einer Aufreihung wenig verbundener Einzelheiten führen müssen, wenn der Verf. diese nicht unter einem theoretischen Grundgedanken vereinigt hätte. Bernfeld bekennt sich schon im Vorwort zu dieser theoretischen Absicht und legt Wert auf ihre Entwicklung aus dem Tatsachenmaterial. Doch wäre es ebenso irrig, anzunehmen, daß er der Theorie zuliebe den Tatsachen Gewalt antäte, wie daß es sich um nichts weiter handelte, als um die Durchführung bekannter Freudscher Gesichtspunkte in einem Teilgebiet. Zwar bekennt sich B. offen zu Freud, bei dem er allein eine Psychologie der Triebe vorfindet, nach der er seinen Stoff zu orientieren vermag. Aber er übernimmt weder unbesehen die Grundanschauungen, noch die Termini. Allenthalben sucht er zu klären und zu sondern, Empirie und Deutung sauber auseinander zu halten; Konstruktionen werden als solche namhaft und deutlich gemacht, nirgends herrscht die sonst in psychoanalytischen Schriften oft so peinliche Verwischung der Begriffsebenen, stets wird es dem Leser freigestellt, bis wohin er theoretisch folgen will. Diese reinliche Deutlichkeit hat stellenweise zur Folge, daß die theoretischen Teile etwas weitschweifig geraten sind. Aber sie bewirkt auch, daß die Spekulationen sich nicht als eine undurchdringliche Mauer um den Leser schließen, bei der es nur ein Drinnen oder Draußen gibt. Vielmehr bleibt eine Fülle von Lücken und Problemen sichtbar, alles ist im lebendigen Fluß und voller Anregungen. Zum erstenmal sind auch die sozialpsychologischen Momente, die vor allem in der Form der Säuglingspflege bei dem Kleinkind eine wichtige Rolle spielen, in das seelische Gesamtbild hineinverarbeitet,

Digitized by Google

auch dies wieder mit einer musterhaften Scheidung von Tatsachen und Theorien. Der Stoff ist in 4 Abschnitte gegliedert, entsprechend den Vierteljahrsstufen der Entwicklung. Der erste behandelt das Neugeborene und seine Funktionen, soweit Psychisches in sie eingeht: Schlaf, Schreien, Saugen, Sinnesfunktion, Bewegungen in gesonderten Abschnitten. Der Begriff des Psychischen scheint hier auf den ersten Blick sehr weit gefaßt. Doch zeigt B. in einem Abschnitt über das Bewußtsein des Neugeborenen, wieviel weniger fruchtbar eine engere Fassung wäre. In einem zweiten Abschnitt „Erste Fortschritte" steht ein Kapitel über die Triebgruppen im Mittelpunkt. Um ihn gruppieren sich Ausführungen über das Schauen, das Hören, über Lachen, Weinen und Erschrecken, die orale Zone und die Wahrnehmungen. Der dritte Teil handelt in der Hauptsache vom Bemächtigungstrieb („Greiflingsalter"). Die Entwicklung der Hand, Sitzen, Kriechen, Klettern, Stehen und Gehen findet hier eingehende Darstellung, nicht unter neurologischen, sondern triebpsychologischen Gesichtspunkten. An vierter Stelle wird von „Traumen und Versagungen" gehandelt, und zwar in erster Linie von der Entwöhnungsperiode: Dentition, Beißen und Kauen, Abstillung. Hier findet auch das umstrittene Thema von der Geburt als Trauma eine vielfältig abwägende, im theoretischen Rahmen des Buches sehr beachtenswerte Erörterung. Der Schlußabschnitt „Der Säugling und seine Welt" enthält ein Kapitel über die affektiven Stellungnahmen, das in besonders schöner Weise zeigt, wie wenig sich der Autor von den von Freud übernommenen Grundgedanken eingeengt fühlt. Zwei grundsätzliche Einwendungen gegen die Methoden des originellen Buches sind jedoch nach der Meinung des Ref. zu machen: Die Grenzen des seelischen Verstehens scheinen uns an manchen Stellen trotz aller Selbstbescheidung des Autors allzu weit vorgeschoben. Besonders im Gebiet der Bewegungsphänomene hätte die Berücksichtigung der neurophysiologischen Betrachtungsweise stellenweise den theoretischen Spekulationen eine andere Wendung geben können. Der zweite, gewichtigere Einwand richtet sich gegen das Herübernehmen von Gegebenheiten aus der Psychologie des Erwachsenen in das frühkindliche Alter. Obwohl B. an vielen Stellen von diesem Irrtum, der sonst die psa. Kindheitspsychologie beherrscht, loszukommen sucht, arbeitet er doch, besonders in den theoretischen Teilen, mit Begriffen und Anschaulichkeiten, die durch ihre Herkunft dem Säuglingsalter nicht adäquat sein können. Die ganz andersartige, unkonturierte Bewußtseinsstruktur dieser frühesten Kindheit wünschte man deutlicher gekennzeichnet und von der erwachsenen Psyche abgehoben.

W. Mayer-Groß (Heidelberg).

● **Bühler, Charlotte: Das Märchen und die Phantasie des Kindes.** Zeitschr. f. angew. Psychol. Beih. 17, S. 1—84. 1925. G.-M. 3.20.

Die Verf. beschreitet zur Erforschung der Phantasie des Kindes einen indirekten Weg: da das Märchen in einem bestimmten Alter fast die einzige Literatur des Kindes ist, versucht sie von der Analyse seiner wesentlichen Bestandteile zu den seelischen Gegebenheiten vorzudringen, welche dieser Vorliebe entsprechen. Sie unterzieht zu diesem Zweck die Märchen der Brüder Grimm einer zusammenfassenden Durchsicht und erörtert nacheinander die Personen, das Milieu, die Handlung und die Darstellung der Handlung im Märchen. Die Ergebnisse, welche im Original nachgelesen werden müssen, sind fast alle negativer Art: Unreife, Mangel kombinatorischer Fähigkeiten, Fehlen detaillierter Betrachtungsweise, unanschaulicher Denkleistungen usw. Das rührt zum Teil daher, daß die Arbeit sich nur der Methoden einer intellektualistischen, an den Leistungen gebildeter Erwachsener orientierten Psychologie bedient, um dann schließlich zu dem Resultat zu gelangen, daß doch das Gefühl der einheitliche Beziehungspunkt des märchenhaften Erlebens sei. Die besondere Struktur der kindlichen Psyche des Märchenalters, die sich aus diesem (leider nicht näher analysierten) Beziehungspunkt ergibt, findet keine Berücksichtigung. So mutet die Arbeit, 1917 erstmals erschienen und jetzt mit einem kurzen Nachwort unverändert wieder aufgelegt, schon veraltet an.

W. Mayer-Groß (Heidelberg).

Digitized by Google

Gates, Georgina Stickland: A preliminary study of a test for social perception. (Vorläufige Versuche mit einem Test für soziale Wahrnehmung.) Journ. of educat. psychol. Bd. 16, Nr. 7, S. 452—457. 1925.

Unter „sozialer Wahrnehmung" ist hier zu verstehen die richtige Auffassung von Eindrücken, die für das soziale Verhalten eines Menschen wichtig sind, und zwar handelte es sich in concreto darum, daß Kinder auf Grund vorgelegter Bilder anzugeben hatten, von welchen Gedanken und Gefühlen die auf diesen Bildern vorhandenen Menschen erfüllt sind. Es wurden sechs Bilder, auf denen Lachen, Schmerz, Zorn, Furcht, Verachtung und Überraschung dargestellt werden, vorgelegt. Bei früheren Versuchen war festgestellt worden, auf welchen Altersstufen die einzelnen Gemütsbewegungen von der Mehrzahl der Kinder richtig erkannt werden. Bei den vorliegenden Versuchen handelt es sich um die Feststellung: 1. Wieviele von den sechs Bildern auf den einzelnen Altersstufen richtig erkannt werden, 2. der Beziehungen zwischen den Ergebnissen dieser Versuche und anderen Daten über die untersuchten Kinder (Lebens- und Intelligenzalter, Körperzustand, „soziale und emotionale Reife").

Bobertag (Berlin).

● **Reininger, Karl: Über soziale Verhaltungsweisen in der Vorpubertät. (Wien. Arb. z. pädag. Psychologie. Hrsg. v. Charlotte Bühler u. Viktor Fadrus. H. 2.)** (*Psychol. Inst., Univ. Wien.*) Wien, Leipzig u. New York: Dtsch. Verl. f. Jugend u. Volk G. m. b. H. 1925. 111 S. S. 5.—.

Verf. hat sich zum Vorwurf genommen, das soziale Verhalten einer Schar 11jähriger Schüler untereinander auf Grund sorgfältiger Beobachtungen zu schildern. Die Anregungen zu der Arbeit, für die auch Einflüsse von Bühler mitbestimmend waren, hat Verf. aus den Untersuchungen von Schjelderupp-Ebbe und Katz über das soziale Verhalten der Vögel untereinander geschöpft. Aus den Ergebnissen der interessanten Arbeit seien einige Punkte hervorgehoben: Im Zusammenleben von Kindern entsteht eine bestimmt strukturierte Gemeinschaft, in der eine jedem Mitglied mehr oder weniger bewußte, jedenfalls aber von ihm beobachtete Ordnung besteht. Die Stellung jedes Mitgliedes ist durch das Zusammenwirken von zwei Komponenten bestimmt: der Persönlichkeitswirkung und dem Können auf dem Gebiet, das als aktuelles Bedürfnis, als aktuelles Interesse die Gemeinschaft entstehen ließ (Held, Indianer, Entdecker usw.). Es bildet sich eine Wertung und Reihung der Mitglieder aus, die ein Analogon zu den Hacklisten der Hühnerscharen bildet. Das Streben nach einem besseren Platz führt zum Kampf. Ist der Abstand zweier Mitglieder in der Gemeinschaft groß, so ist das gegenseitige Verhältnis durch Überordnung und Unterordnung festgelegt; ist der Abstand nicht bedeutend, so kommt es zu Rivalisieren oder freundschaftlichem Miteinander. Bei Rivalen „oben" herrschen Sachlichkeit und Ritterlichkeit, bei solchen von „unten" Phantasterei und Affekthascherei vor. In der Vorpubertät gibt es unter normalen Kindern keine willentlich Einsamen; einsam Erscheinende sind entweder solche, die zu selbständig sind, um sich einzuordnen, oder zu tief stehen und somit von der Gemeinschaft abgedrängt werden. Eine Stellungnahme der Gemeinschaft zu dem einzelnen erfolgt nur insoweit, als der einzelne es vermag, wesentlich fördernd oder hemmend auf die Gemeinschaft einzuwirken. Der ständige Führer einer Gemeinschaft ist im Verhältnis zum Gesamtdurchschnitt von mindestens guter, mehr als durchschnittlicher physischer und psychischer Gesamtentwicklung. Bedingungen für den Führer scheinen folgende Momente zu sein: 1. Wille zu Tat und Macht, 2. Fähigkeit, der Gemeinschaft entsprechende Anregungen zu geben, 3. Fähigkeit, eine bestimmte Situation mit instinktiver Sicherheit zu erfassen. Die Stellung des ständigen Führers ist von der anderer Mitglieder deutlich verschieden, ist aber normalerweise nicht die eines absoluten Herrschers, sie ist im allgemeinen die des allgemein anerkannten Sachverständigen für alle Situationen. Das Verhalten des Führers gegen die Gefährten ist das des tatsächlich und bewußt Überlegenen. Innerhalb der Masse sind die persönlichen Beziehungen der einzelnen zum Führer

Digitized by Google

ziemlich vollständig ausgeschaltet. Die bedingungslose Anerkennung des Führers durch die Masse bedingt Unterordnung. *Schob* (Dresden).

Macdonald, Hector: The social distribution of intelligence in the Isle of Wight. (Die Verteilung der Intelligenz auf die Bevölkerungsschichten der Isle of Wight.) (*Dep. of educat. Armstrong coll., Newcastle-upon-Tyne.*) Brit. journ. of psychol., gen. sect. Bd. **16**, Nr. 2, S. 123—129. 1925.

In der Arbeit wird der Versuch gemacht, die Ergebnisse einer Testuntersuchung an 2047 Volksschulkindern der Insel Wight in Beziehung zu den Berufen ihrer Väter zu setzen. Es zeigt sich, daß die Zuordnung der errechneten Wertziffern mit kleinen Verschiebungen der vom Verfasser vorher aufgestellten, landläufigen Rangreihe der Berufe entspricht, nur schneiden z. B. Kinder von Vätern in leitenden organisierenden Berufen (Managers) besser ab als die dem Lehrstand entstammenden Kinder. Kinder der kleinen Beamten rangieren bemerkenswert tief. Bei gesonderter Gegenüberstellung von Kindern der Kopf- und Handarbeiter ergibt sich ein nicht großer Vorsprung der ersteren. — Weder die Methode der Untersuchung an einem wohl einseitig logischen Test noch das spezifisch insuläre Material (geringe Breite der Berufsunterschiede) lassen irgendwie allgemeingültigere Schlüsse zu, was Verf. auch anerkennt. *Eva Rothmann* (Berlin).

Easby-Grave, Charlotte: Tests and norms at the six year old performance level. (Teste und Normen auf der Altersstufe 6 Jahr.) (*Psychol. clin., univ. of Pennsylvania, Philadelphia.*) Psychol. clin. Bd. **15**, Nr. 9, S. 261—300. 1924.

500 Kinder des ersten Schuljahres, die sehr verschiedenen sozialen Schichten entstammten, wurden mit 8 Testen (Formbrett, Labyrinth, Gedächtnisspanne usw.) untersucht. Auch die Binet-Teste der Altersstufen 6—8 Jahre wurden angewendet. Eine bloß quantitative Auswertung der Testergebnisse erwies sich als unzureichend zur Erlangung eines für pädagogische Zwecke verwendbaren psychologischen Urteils über die Kinder, deren „soziale Anpassung" noch außerordentlich stark variierte. Die häuslichen Verhältnisse, der Gesundheitszustand u. a. waren von deutlichem Einfluß auf das Untersuchungsergebnis. *Bobertag* (Berlin).

Grzegorzewska, M.: Der Intelligenzquotient an der Binetschen Skala und sein diagnostischer Wert. Szkoła specjalna. Jg. **1**, Nr. 1, S. 27—35. 1924. (Polnisch.)

Verf. hebt im allgemeinen Teil der Abhandlung die prinzipielle Wichtigkeit des Sternschen Intelligenzquotienten (I · Q) hervor, der das Verhältnis zwischen dem Intelligenzalter (A · I) und Jahresalter oder Chronologie (A · Ch) des Kindes in der Formel $I \cdot Q = \frac{A \cdot I \cdot}{A \cdot Ch}$ ausdrückt. Spezieller Teil folgt. *Higier* (Warschau).

Kohnstamm, Ph.: Psychologie der Pubertät. Sexueele hyg. Bd. **4**, H. 2, S. 51 bis 84. 1925. (Holländisch.)

Ein mit warmem Herzen und einfühlendem Verständnis geschriebener Überblick. *König* (Bonn a. Rh.).

● **Croner, Else: Die Psyche der weiblichen Jugend. 2. Aufl. mit einem Nachtrage: Zur Psyche der Mädchen aus den einfacheren Volksschichten. (Schriften z. Frauenbildung. Hrsg. v. Jacob Wychgram. H. 6.) (Friedrich Manns pädagog. Magazin. Abhandl. v. Geb. d. Pädag. u. ihrer Hilfswiss. H. 996.)** Langensalza: Hermann Beyer & Söhne 1925. 71 S. G.-M. 1.20.

Es kommt dieser Schrift nicht darauf an, neue Gesichtspunkte an das ganze Problem heranzutragen, wenn auch in Anlehnung an Spranger, dem sie gewidmet ist, Typen des jungen Mädchens unterschieden werden. Als solche werden aufgestellt: der ausgesprochen mütterliche, der erotische, der romantische, der nüchterne, der intellektuelle. Die Verf. will vielmehr, wenn ich sie recht verstehe, aus der Fülle des Individuellen die ausgesprochensten Individualitäten und die auffälligsten Gegensätze herausheben und betont zugleich, daß die Typen nie reine Fälle sein können; denn „fast jede Mädchenindividualität setzt sich aus der Mischung verschiedener Typen zusammen, oder es sind Grenztypen und Übergangstypen". Sie hat fast ausschließlich die Mädchen der gebildeten Stände im Auge; sie sieht sie, wenn sie das einzelne junge Mädchen vor sich hat, sicher viel unmittelbarer, als ein Mann dies kann. Aber das geneigte Interesse, das sie ihnen entgegenbringt, führt leicht zu einer, ich möchte sagen, zu zarten Betrachtung, und hinter dem Anmutigen und Reizvollen, oder dem Ernsten, Gequälten und Suchenden wird quantitativ und qualitativ mehr und vielleicht auch anders gesehen, als eine strengere Betrachtung der Persönlichkeitsstrukturen ergeben würde. Das ist

Digitized by Google

für die eigentliche Pubertät mit ihrer Schwerdurchdringlichkeit fast selbstverständlich; da aber die herrschende Tendenz der Jungmädchen die Jungmädchenzeit vielfach künstlich um Jahre verlängert, vollziehen sich hinter dieser Haltung gerade die wichtigsten Veränderungen, aus denen der fertige Mensch hervorgeht; diese Schwerdurchdringlichkeit ist eine nicht natürliche. Dies ist einer der Gründe, warum es beim Mädchen noch wichtiger als beim Jungen ist, die Reifezeit selbst von der Nachreifezeit zu trennen. Hier liegt eine der nächsten Aufgaben der Mädchenpsychologie. Für die Grundeinstellung der Verf. zum Seelenleben des jungen Mädchens ist die Auffassung bezeichnend, daß mit der Hingabebestimmung auch die „Ahnung der Todesbereitschaft" in dem Mädchen aufdämmere. „Die unbewußte Todesbereitschaft — diese eventuelle Hingabe des eigenen Lebens und der eigenen Kraft — zieht sich wie ein roter Faden durch das weibliche Seelenleben" (S. 11). Der Gedanke der Mütterlichkeit „bewirkt eine frühe sittliche Reife und am Ende dieser Periode eine Art Abgeklärtheit, die in der Hingebung bis zur selbstverständlichen Todesbereitschaft gipfelt" (S. 56). Das ist doch wohl eine etwas weitgehende Verallgemeinerung des Prinzips und einer von sentimentaler Färbung nicht freien Selbstbetrachtungsneigung einzelner, und nicht der Gesundesten. In dem kleinen Buche finden sich viele interessante und treffende Beobachtungen und Bemerkungen einer kundigen Frau. Damit wir ein besseres Bild von der Reifezeit bekommen, sind ja viele Mitarbeiter nötig, die von verschiedenen Gesichtspunkten ein Material aus den verschiedensten Schichten des Volkes zusammentragen müssen. Leider ist zumeist der innere Abstand der Jugend der anderen Volksschichten zu den aus der alten Bildungsschicht hervorgegangenen Urhebern psychologischer Studien zu groß, um, insbesondere bei den Mädchen, zu einer tieferen Kenntnis vorzudringen. Es müssen wohl erst aus diesen Schichten selbst geschulte Kräfte hervorgehen, um uns darin wirklich ernstlich zu fördern über das hinaus, was uns unmittelbar entgegentritt. *Homburger* (Heidelberg).

● **Stern, Erich: Die Psyche des Lungenkranken. Der Einfluß der Lungentuberkulose und des Sanatoriumslebens auf die Seele des Kranken.** Halle a. S.: Carl Marhold 1925. 168 S. G.-M. 5.70.

Stern gibt in ausführlicher, nichts Wichtiges übersehender Arbeit eine Darstellung des Einflusses, den das Leiden der Lungentuberkulose selbst und alle die Umstände, die mit ihrer Behandlung zusammenhängen, auf die Seele des Kranken ausüben. Der Versuch ist sicher sehr verdienstlich. Es gelingt dem Verf., die einzelnen Momente, die in der ursprünglichen Persönlichkeit, dem Herausgerissenwerden aus Familie, Beruf, Heimat, in neuer Landschaft, neuem Lebenskreis usw. liegen, klar und sauber herauszuarbeiten. Er hält sich dabei von allen Übertreibungen der Freudianer fern. Freilich will es der Zufall, daß sein Buch zeitlich nahe an Thomas Manns „Zauberberg" heranrückt. Und da ergibt sich denn sogleich der große Nachteil, in den St. bei einem Vergleich versetzt wird. In Manns Roman steckt trotz aller unerträglichen Breiten und endlosen Diskussionen die farbige Anschaulichkeit des Lebens: ein wirkliches Bild des Sanatoriumslebens, gestaltet, geformt, ungemein eindrucksvoll; — in St.s Ausführungen eine sicherlich richtige, aber etwas dünne, leblose Aufeinanderreihung wichtiger und unwichtiger Momente, ungestaltet, zuweilen etwas pedantisch. Der Vergleich beider Arbeiten fordert geradezu zu einer Erörterung der „höheren" Wahrheit des Kunstwerkes, mag es selbst realistisch sein, heraus. Doch entfiele dies dem Rahmen eines Referates. *Gruhle* (Heidelberg).

● **Häberlin, Paul: Das Gute.** Basel: Kober C. F. Spittlers Nachf. 1926. 375 S. R.-M. 6.40.

Das Werk kennzeichnet sich selbst als philosophisch gerichtet: es handelt sich um das Grundproblem praktischer Philosophie und zugleich um das erste Problem der Philosophie überhaupt. Es wird versucht aus der großen Not unseres Lebens: der Zweideutigkeit, dem Zwiespalt unseres Wollens eine Lösung zu finden, die (wie im einzelnen nachgewiesen wird) weder die naive Philosophie noch der Radikalismus noch die „desperate" Philosophie zu geben vermag. Als Lösung ergibt sich für Verf. jene Geisteseinstellung, die er den rechten Glauben nennt, d. h. das aus tiefstem Erleben des Zwiespaltes gewonnene, volle und unbedingte Ja zu der Welt, so wie sie ist. Die Einzelheiten der Gedankenentwicklung dieser selbständig und systematisch vorgehenden Geistesarbeit eines originellen Denkers entziehen sich naturgemäß dem Referat und können um so mehr hier undargestellt bleiben, als es sich dabei im wesentlichen nicht so sehr um wissenschaftliche Erkenntnisse als um Wertungen handelt. Dem widerspricht

Digitized by Google

es aber nicht, daß auch dieses Werk des Verf. so gut wie seine Charakterlehre einen ungewöhnlichen Reichtum an psychologischen Anregungen und Gesichtspunkten bietet, die besonders in dem kritischen Teil, in den Auseinandersetzungen mit den verschiedenen philosophischen Richtungen: Eudämonismus, Skeptizismus, Subjektivismus usw. zur Geltung kommen. *Birnbaum* (Herzberge).

Lotmar, F.: Einige Gedanken über Komik und Spiel. Ergebn. d. Physiol. Bd. 24, S. 107—138. 1925.

Die Arbeit sucht auf entwicklungsgeschichtlichem Wege den Beziehungen von Spiel und Komik nachzugehen. Lotmar gibt eine kritische Übersicht über die Theorien des Komischen und schließt sich der Auffassung von Lipps und derjenigen von Volkelt an. Er entwickelt sodann nach Groos Wesen und Hauptarten des Spiels. Der folgende Abschnitt, in welchem die Entwicklung der Komik aus manchen Formen des Spiels zur Darstellung kommt, ist reich an feinen, psychologischen Einzelbeobachtungen und eindringlichen Analysen, besonders von Situationen des kindlichen Spiels. Für die Bezeichnung der Lust spielender Tierjungen wählt L., der auch sonst die Analogien sehr vorsichtig formuliert, das Wort „archäokomisch" und geht den mit dem Komischen verwandten Arten des Spiels im einzelnen sorgfältig nach. Im Schlußkapitel ist die Gegenüberstellung des Gesamtaufbaues der seelischen Haltungen, beim Spiel einerseits, bei der Komik andrerseits, besonders eindrucksvoll und überzeugend. Hier wird auch das Hauptergebnis, daß sich die Komik aus bestimmten Arten des kindlichen Spiels entwickle, in die höheren Formen der Komik hinein verfolgt. *Mayer-Gross.*

● **Bovet, Pierre: Le sentiment religieux et la psychologie de l'enfant. (Coll. d'actualités pédag.)** (Religiöses Gefühl und Psychologie des Kindes.) Neuchâtel et Paris: Delachaux & Niestlé S. A. 1925. 173 S. Fr. 3.—.

In dem anziehend geschriebenen Werk will der im übrigen auf christlichem Standpunkt stehende Verf. den Nachweis erbringen, daß das religiöse Gefühl auf das Kindesgefühl zurückzuführen ist. Das erste Objekt dieses Gefühls sind für das Kind die Eltern. Vater und Mutter sind die Götter des Kindes; sie sind Träger aller göttlichen Vollkommenheiten; aber die Erfahrung zeigt dem Kind, daß seine Eltern doch nicht so vollkommen sind. Das Kind überträgt daher alle die wunderbaren Eigenschaften, die es zuerst seinen Eltern beigelegt hatte, auf weiter entfernte Wesen, bisweilen wird zunächst eine Naturerscheinung, z. B. die Sonne, paternisiert, zuletzt erfolgt diese Übertragung jener verehrungswürdigen Eigenschaften auf den geistigen Gott. Ein nur lose mit dem Hauptthema zusammenhängender Anhang enthält zwei kurze Abhandlungen über das Gefühl des Respektes und das Gefühl bzw. das Bedürfnis nach geistiger Einheit bzw. Übereinstimmung. *Schob* (Dresden).

Schläger, Georg: Einige Grundfragen der Kinderspielforschung. III. Kind und Kunstform. Zeitschr. d. Ver. f. Volkskunde Jg. 33/34, H. 3, S. 137—152. 1924.

Dritte Fortsetzung einer Reihe von Grundfragen über Wesen, Bedeutung und Ausdrucksformen des kindlichen Spieles. In vorliegenden Gedankengängen werden die ersten Sprachbildungen, Reim, Rhythmus, melodische Form in ihren eigen-spontanen, nicht nur auf nachahmendem Trieb beruhenden Formen als urwüchsige Gestaltung eines inneren Erlebnisses reiner Spielfreude behandelt, illustrierende Beispiele dazu gegeben und auf Wesensverwandtschaft mit der herkömmlichen Volksdichtung und auf Ähnlichkeiten mit der Dichtung der Naturvölker hingewiesen. *von Kuenburg.*

Sante de Sanctis: Suggestione e ricerca psicologica. (Suggestion und psychologische Forschung.) Arch. ital. di psicol. Bd. 4, H. 1/2, S. 60—76. 1925.

Eingehende kritische Besprechung des Buches von Vittorio Benussi: „Die Suggestion und Hypnose als Mittel der realen psychischen Analyse" (Bologna, Zanichelli). Aus der Besprechung, die de Sanctis diesem Buche widmet — es ist fast eine Einführung —, ergibt sich, daß das Werk Benussis die höchste Beachtung verdient, da es neue Wege weist, um von körperlichen und damit registrierbaren Vorgängen aus Einblicke zu gewinnen in das psychische Geschehen. Auf Einzelheiten einzugehen, ist

Digitized by Google

an dieser Stelle nicht möglich, es sei nur das eine herausgehoben, daß Benussi die aus der Registrierung der Atembewegungen gewonnenen Kurven für die Differenzierung der psychischen Vorgänge, wie sie sich bei der Hypnose und unter suggestiven Einflüssen abspielen, auswertet. *Ed. Gamper* (Innsbruck).

Brown, William: Suggestion and personality. (Suggestion und Persönlichkeit.) Brit. journ. of med. psychol. Bd. 5, Nr. 1, S. 29—34. 1925.

Nach einer kurzen Übersicht der heute in der Literatur am meisten verbreiteten Theorien der Suggestion kommt der Verf. zu dem Ergebnis, daß eine endgültige Lösung noch nicht gefunden sei, sondern erst von einer weiteren Tiefenanalyse erwartet werden dürfe. *E. Straus.*

Bujas, Ramiro: Suggestive Analgesie. Liječnički vjesnik Jg. 47, Nr. 8, S. 439 bis 445. 1925. (Kroatisch.)

Der Autor faßt die Suggestion lediglich als ein Phänomen der Aufmerksamkeit auf. Nur der Umstand, daß die Suggestion stets im Zusammenhange mit dem Vorgang der Hypnose abgehandelt wurde, macht es erklärlich, daß sie bisher als normales Aufmerksamkeitsphänomen nicht erkannt wurde. Je konzentrierter die Aufmerksamkeit einerseits, je umschriebener und kleiner hingegen der Inhalt, auf den sie gerichtet ist, um so heller und lebhafter erscheint uns derselbe Inhalt. Durch hochgradigste Konzentration auf einen minimalen Inhalt könne aus einer blassen Vorstellung eine Halluzination entstehen. Bei der suggestiven Analgesie z. B. wird der Inhalt, den man ohne die Suggestion erleben würde, überwunden und durch den neuen suggerierten Inhalt, auf den die Aufmerksamkeit konzentriert ist, ersetzt. Es wird betont, daß die suggestive Analgesie im Wachzustand bei jedem normalen Individuum erreichbar ist. Sie ist mit Vasokonstriktion verbunden. Ausführlich wird die suggerierte Geburtsanalgesie besprochen, deren Anwendung empfohlen wird. *Rosner* (Zagreb).

Deutsch, Felix: Der Einfluß von Gemütsbewegungen auf den Energiestoffwechsel. Hypnotische Experimente. Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 42, S. 1127—1130. 1925.

Verf. ruft in der Hypnose verschiedenartige Affekte hervor und untersucht dann den Energiestoffwechsel. Er findet, daß die Beeinflussung desselben im allgemeinen nur mäßigen Grades ist und bei allen Individuen in ähnlicher Weise erfolgt. Erlebnisse, die im Moment des Einwirkens oder des Erinnerns eine schockartige Wirkung hervorrufen, verursachen ein Sinken des Grundumsatzes. *Stern* (Gießen).

Marbe, Karl: Über das Heimweh. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 50, H. 3/4, S. 513 bis 524. 1925.

Entstehungsbedingungen (Trennung von den gewohnten oder für wertgehaltenen Personen und Sachen), Auftreten und Verblassen des Heimwehs, persönliche Anlage (Oberflächlichkeit, Beharrlichkeit, leichte oder schwere Umstellbarkeit gegenüber neuen Inhalten u. a. m.), Umweltseinflüsse, die das Heimweh begünstigen, werden hier in einer kleinen Skizze besprochen; dabei werden die krankhaften und forensischen Tatsachen kurz gestreift. *v. Kuenburg* (München).

Levi-Bianchini, M.: Il nucleo centrale della psicoanalisi e la presa di possesso della psicoanalisi in Italia. (Der Kernpunkt der Psychoanalyse und die Ausbreitung des Besitzstandes der Psychoanalyse in Italien.) Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. 46, Nr. 42, S. 985—988. 1925.

Verf., der Vorkämpfer der Psychoanalyse in Italien, stellt mit Befriedigung fest, daß in seinem Heimatlande, in Frankreich und auf jedem Wissensgebiete in Deutschland, wo die offizielle Psychiatrie Freudschen Lehren ablehnend gegenübersteht, deren ernsthafte Diskussion immer weiter Boden gewinnt. Kernpunkte der Psychoanalyse sind die vom Instinkt stammende Sexualität, der Ödipuskomplex, der Incest und die aus den Träumen zu erschließende hedonistische Realisation. Dies sind elementare, allgemeine Realitäten, auch die Begriffe der Verdrängung, der Sublimierung haben genau dieselbe energetisch-dyanmische Eigenschaft, die jeder materiellen Substanz, einem Elektron z. B., eigen ist. Verbesserungen am Bau der psychoanalytischen Lehre wird man schaffen können und müssen; an ihr vorbeigehen kann man nicht. *Kastan* (Hamburg).

Digitized by Google

Antheaume, A., et P. Schiff: Sur quelques applications médico-légales de la psychanalyse. (Über die gerichtlich-medizinische Anwendung der Psychoanalyse.) (*X. congr. de méd. lég. de langue franç., Lille, 25.—27. V. 1925.*) Ann. de méd. lég. Jg. **5**, Nr. 8, S. 420—422. 1925.

Die Verff. stellen ein Wiedererwachen des Interesses an gerichtlich-psychiatrischen Problemen nach der Reaktion auf das Versagen der Lehre Lombrosos fest. Auch die Ergebnisse der Psychoanalyse seien nutzbar zu machen. Es wird von einem Fall eines Exhibitionisten berichtet, der von einem englischen Gericht freigesprochen wurde, unter der Voraussetzung, daß er sich psychoanalytisch behandeln lasse. Bei Sexualdelikten, bei denen die Frage der Verantwortlichkeit oft schwer zu lösen sei, komme ein solches Vorgehen in Betracht. *W. Mayer-Groß* (Heidelberg).

McDougall, William: A great advance of the Freudian psychology. (Ein großer Fortschritt der Freudschen Psychologie.) Journ. of abnorm. a. soc. psychol. Bd. **20**, Nr. 1, S. 43—47. 1925.

Verf., der den Hedonismus der Freudschen Trieblehre schon immer bekämpft hat, nennt den neuerdings von Freud aufgestellten „Wiederholungszwang" an Stelle des Lustprinzips einen großen Fortschritt. Dieser sei das echte Gesetz der Triebdynamik, das habe Verf. selber aber schon 1907 gesagt. Freuds spekulative Begründung dieses Gesetzes, insbesondere die Lehre von den „Todestrieben", sei aber falsch. *Kronfeld.*

Farrow, E. Pickworth: A psychoanalytical method of getting to sleep. (Eine psychoanalytische Methode, einzuschlafen.) Journ. of neurol. a. psychopathol. Bd. **6**, Nr. 22, S. 123—125. 1925.

Wenn man nicht einschlafen könne, solle man sich vorstellen, man male große Dreier langsam auf Papier. Beim dritten Dreier schlafe man bestimmt. Denn die Drei ist ein phallisches Symbol. Warum ein „phallisches Symbol" so förderlich für das Einschlafen sein soll, das erfahren wir nicht. Ebensowenig, ob es nicht auch eine andere Zahl sein könne, bei deren vorgestellter Niederschrift man einschlafen „müsse". Solche Arbeiten erscheinen noch jetzt mit der offiziellen Bezeichnung „psychoanalytische Methode"! *Kronfeld* (Berlin).

Tannenbaum, Samuel A.: „Interpreting" a compulsion neurosis. („Deutung" einer Zwangsneurose.) Journ. of abnorm. a. soc. psychol. Bd. **20**, Nr. 1, S. 48—62. 1925.

Ein früherer begeisterter Anhänger und Propagator Freuds, der sich von ihm abgewendet hat, geht hart mit Freuds Darstellung und Deutung eines zwangsneurotischen Symptoms („Einführung", Vorlesung 17) ins Gericht. Er weist in allen Einzelheiten nach, daß Freuds Darstellung schon im rein Tatsächlichen nicht richtig und nicht vollständig ist, sondern zurechtgestutzt; ferner, daß die „Deutung" keine sei, daß 5 andere „Deutungen" aus dem gleichen Material ebenso möglich oder unmöglich seien — kurz, daß Freud in der Bearbeitung und Verwertung dieses Falles, der eine grundlegende Stütze von Freuds Theorie der Zwangsneurose ist, wissenschaftliche Objektivität vermissen lasse: „die tatsächlichen Feststellungen erfolgten nicht wissenschaftlich einwandfrei; vieles wurde kritiklos geglaubt, vieles übersehen, wenige Daten wurden willkürlich herausgegriffen, ihre Beziehungen falsch wiedergegeben", die Deutung mußte so erbringen, was Freud wünschte; diese Willkürtechnik beweise alles Beliebige und somit gar nichts. Einzelheiten können hier nicht wiedergegeben werden. *Kronfeld* (Berlin).

Silberer, Herbert: A pregnancy phantasy in a man. (Eine Schwangerschaftsphantasie bei einem Manne.) Psychoanalytic review Bd. **12**, Nr. 4, S. 377—396. 1925.

Ein erblich belasteter Psychopath mit vielen körperlich-hypochondrischen Symptomen, Verstopfung, Ejaculatio praecox und onanistischer Süchtigkeit wird — in der orthodoxen Weise — psychoanalysiert. Wir erfahren, daß das Bergsteigen eine Substitution des Coitus und die Freude des Alpinisten onanistische Lust ist. Wenn man träumt, in einem Zigarrenladen Zigaretten zu kaufen, so steckt hinter diesen phallischen Symbolen natürlich eine homosexuelle Tendenz; aus der Verstopfung folgt mühelos eine anale Libido und eine Schwangerschaftsphantasie. Das Traurige ist, daß solcherlei Deutungen einem Onanisten behufs „Heilung" vorgesetzt werden. *Kronfeld* (Berlin).

Kamiat, Arnold Herman: The believer's delusion of infallibility. (Der Unfehlbarkeitswahn des Gläubigen.) Psychoanalytic review Bd. **12**, Nr. 4, S. 420—428. 1925.

Die Intoleranz der Gläubigkeit — alle politische, soziale, ethische Ideologie soll

Digitized by Google

nur ein Surrogat der religiösen sein — beruht auf der unbewußten Idee eigener Unfehlbarkeit, die einen Selbstschutz des Eigenwertes bildet. *Kronfeld* (Berlin).

● **Lehmann, Alfred: Aberglaube und Zauberei von den ältesten Zeiten an bis in die Gegenwart. 3. dtsch. Aufl. nach d. 2. umgearb. dän. Aufl. übersetzt u. nach d. Tode d. Verfassers bis in d. Neuzeit ergänzt v. D. Petersen I.** Stuttgart: Ferdinand Enke 1925. XVI, 752 S. u. 4 Taf. G.-M. 28.—.

Das bekannte, im besten Sinne des Wortes populäre Buch liegt in 3. deutscher Auflage vor. Der verdienstvolle Autor ist 1921 in Kopenhagen verstorben. D. Petersen, Nervenarzt in Düsseldorf, hat die neue deutsche Auflage nach der 2. dänischen besorgt und das Werk durch eingefügte Nachträge auf dem laufenden erhalten. Die Ergänzungen sind knapp und zum Teil ohne kritische Stellungnahme des Herausgebers. Bei der noch herrschenden okkultistischen psychischen Epidemie und Wundersucht ist das Werk für jeden, der die Unbrauchbarkeit der okkultistischen Literatur erkannt hat, ein unentbehrliches Hilfsmittel zur Orientierung auf dem vielumstrittenen Gebiet. Das Buch bringt zunächst eine sehr lesenswerte Darstellung der Geschichte der Magie und der Geheimwissenschaften im Altertum und im Mittelalter. Es folgt eine Schilderung der historischen Entwickelung des modernen Spiritismus und Okkultismus. Der 3. Abschnitt des Werkes ist der Untersuchung der magischen Geisteszustände gewidmet. Er beginnt mit einer Darlegung der für das Zustandekommen der berüchtigten Sitzungsprotokolle der Okkultisten so bedeutungsvollen Beobachtungsfehler, behandelt sodann die Zitterbewegungen und ihre Wirkungen, die Schlaf- und Traumzustände, die Bedeutung der unterbewußten psychischen Tätigkeit, die Suggestibilität, die hypnotischen Zustände und die Hysterie. Der vorurteilsfreie und streng wissenschaftliche Standpunkt des Verf. ist bekannt. Niemals werden die „parapsychischen" Erscheinungen auf Grund einer exklusiv negativen Einstellung abgelehnt. Verf. geht immer davon aus, daß ihre Existenz möglich ist. Nur mit großer Vorsicht werden Schlüsse auf Grund der Berichte und der eigenen Experimente gezogen. So faßt der Autor sein Urteil über die Telepathie dahin zusammen: „Es ist noch kein entscheidender Beweis für die Existenz einer Gedankenübertragung beigebracht worden, der die Annahme von bisher unbekannten telepathischen Kräften erforderlich macht, wohl aber liegt unleugbar eine gewisse Wahrscheinlichkeit dafür vor, daß etwas Derartiges zwischen einzelnen Menschen unter bis jetzt ganz unbekannten Bedingungen vorkommen kann." Der präokkupierte Okkultist, dem der Okkultismus ein Religionssurrogat ist, wird das Werk Lehmanns nach wie vor ablehnen. Für die vielen, die auf Grund gelegentlicher Berührung mit dem Okkultismus das lebhafte Bedürfnis nach einer objektiven wissenschaftlichen Beurteilung der okkulten Phänomene empfinden, wird das Werk von größtem Werte sein. Der Psychologe, Physiologe und Psychiater findet in ihm zahlreiche, sonst nicht leicht auffindbare Mitteilungen und Hinweise.
Henneberg (Berlin).

Cazzamalli, Ferdinando: Fenomeni telepsichici e radioonde cerebrali. Primo rapporto di ricerche sperimentali all'istituto metapsichico internazionale. (Telepsychische Phänomene und Gehirn-Radiowellen.) Neurologica Jg. 42, Nr. 4, S. 193—218. 1925.

Experimente mit einem Medium, Hypnotisierten und Kranken (Geistesstörungen, Epileptikern) in einer Isolierkammer mit besonderen Apparaten zur Aufnahme kurzer und kürzester Wellen haben den Verf. zu dem Ergebnis geführt, daß unter besonderen psychischen Bedingungen und besonders während des Ablaufes der telepsychischen Phänomene vom Gehirn elektromagnetische Schwingungen nach Art der Radiowellen ausgehen, die zum Teil den Charakter nicht periodischer, gedämpfter Wellen aufweisen. Die telepsychischen Phänomene waren die der experimentellen Telepathie, bei hypnotisierten Nervösen erzeugte Halluzinationen und spontane Halluzinationen bei Kranken. Verf. mißt seiner Entdeckung große Bedeutung, auch für die Auffassung der Halluzinationen bei und äußert die Vermutung, daß die von ihm gefundenen Gehirn-Radiowellen vielleicht nur ein Teil von elektromagnetischen Wellen verschiedener Natur sind, welche das Gehirn unter gegebenen Umständen auszusenden befähigt ist. *Zingerle* (Graz).

Digitized by Google

Allgemeine neurologische Diagnostik und Symptomatologie.

Weizsäcker, V. v.: Randbemerkungen über Aufgabe und Begriff der Nervenheilkunde. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 87, H. 1/3, S. 1—22. 1925.

Verf. erörtert einige Sachfragen, die sich um den Begriff „Psychotherapie" gruppieren. Das System der Medizin darf nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Einteilung in Krankheiten aufgestellt werden, sondern es gibt verschiedene Formen der Betrachtung, die auf alle Krankheiten anwendbar sind. Die sich hieraus ergebenden Unterscheidungen können nicht Kriterien einer Differentialdiagnose werden. Für die Deutung des aktuellen Geschehens ist der Gegensatz von organisch und funktionell nicht unbedingt zu brauchen; denn er bedeutet nie eine Alternative. Psychogene Krankheiten sind solche, bei denen der psychologische Gesichtspunkt durchgeführt ist und zufällig evidenter ist als der ebenso mögliche physische. Die Entwicklung der Sinnesphysiologie in den letzten Jahren läßt es zum mindesten theoretisch als denkbar erscheinen, daß eine Schreckhysterie sinnesphysiologisch nicht weniger verständlich erscheint als psychologisch. Jede beliebige Organerkrankung weckt das dynamische Spiel, welches klinisch erst dann Neurose genannt wird, wenn es durch subjektive, familiäre oder soziale Störungen Selbständigkeit gewinnt. Auch das objektive physiologische Geschehen ist abhängig von dem, was als der neurotische Prozeß bei Organerkrankungen bezeichnet werden kann. Hieraus ergeben sich weite und nur schwierig zu meisternde Aufgaben psychotherapeutischer Behandlung bei allen Erkrankungen. Es steht eine Verschiebung des Heilzieles der Medizin im ganzen in Frage, welche weiter reicht als das im Gedanken der Psychotherapie liegende. Damit der erweiterte Umkreis der ärztlichen Aufgaben, der mit dem Ziel einer Behandlung des ganzen Menschen wenig glücklich bezeichnet wird, sich wieder in Forschung, Wissenschaft und Lehre mit dem naturwissenschaftlichen Bestande sinnvoll zusammenschließt, genügt nicht die Eingliederung der Psychotherapie in die ärztliche Bildung. Notwendig wäre vielmehr eine medizinische Anthropologie, eine allgemeine Lehre vom Menschen als Grundwissenschaft der Heilkunde, die zum Teil nicht einen darstellend-objektiven, sondern einen normativen Charakter tragen müßte. *Erwin Straus* (Charlottenburg).

● **Handbuch der inneren Medizin. Begr. v. L. Mohr. u. R. Staehelin. 2. Aufl. Hrsg. v. G. v. Bergmann u. R. Staehelin. Bd. 1, Tl. 2: Infektionskrankheiten. Tl. 2.** Berlin: Julius Springer 1925. X, S. 719—1515. geb. G.-M. 54.—.

Der vorliegende Band enthält den 2. Teil der Infektionskrankheiten in der neuen Bearbeitung und ausgezeichneten Ausstattung des Handbuchs für innere Medizin. Auch hier sind die zahlreichen Beziehungen der Infektionskrankheiten zum Nervensystem eingehend berücksichtigt. Von besonderem Interesse für den Neurologen sind in diesem Bande die Darstellung der Lepra von Lewandowsky † (Basel), der Protozoenkrankheiten von Schilling (Berlin) und Chagas (Rio de Janeiro). *Max Grünthal.*

● **Cabot, Richard C.: Differentialdiagnose an Hand von 317 genau besprochenen Krankheitsfällen lehrbuchmäßig dargestellt. Dtsch. Bearbeitung nach der 2. Aufl. des Originals v. H. Zieschè. Bd. 2.** Berlin: Julius Springer 1925. VIII, 506 S. G.-M. 24.—.

Der zweite Band zeichnet sich durch die gleichen Vorzüge aus, wie sie beim Erscheinen des ersten Bandes hervorgehoben wurden (vgl. dies. Zentrlbl. **32**, 135). Der Nervenarzt wird allerdings in manchen neurologischen Fällen sowohl in der Darstellung der Symptomatologie wie auch der Differentialdiagnose eine erschöpfende Klärung vermissen, doch ist die vom einzelnen Falle ausgehende, die wesentlichsten Gesichtspunkte berücksichtigende lebendige Betrachtungsweise von plastischer Anschaulichkeit. *Max Grünthal* (Berlin).

Leyser, E.: Die Bedeutung der Hirnpathologie für die Psychiatrie. (*Klin. f. psych. u. nerv. Krankh., Univ. Gießen.*) Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 38, S. 1801—1803. 1925.

Kurze aufzählende Darstellung der Verbindungslinien, die in neuerer Zeit von der Hirnpathologie zu den seelischen Störungen gezogen werden konnten (Wandlungen der Aphasie-

Digitized by Google

lehre; Bedeutung der Einstellbewegungen für die intellektuellen Leistungen, der vegetativen Prozesse für die Affektivität; Charakterveränderungen bei Encephalitikern usw.).
E. Küppers (Freiburg i. Br.).

Hirsch, Oskar: Die Widerstandsfähigkeit der zentralen Sehbahnen gegenüber mechanischem Druck. (*Kaiser Franz Joseph-Ambulat. u. Jubiläumsspit., Wien.*) Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. **57**, S. 592—600. 1925.

Die vielfach verbreitete Meinung, daß der Sehnerv bzw. das Chiasma bei länger bestandenem Druck der Degeneration verfalle und damit jegliche Funktion verliere, trifft nicht für alle Fälle zu. Verf. kommt auf Grund seiner seit Jahren bei Hypophysentumoren erhobenen Befunde sogar zu dem Resultat, daß die zentrale Sehbahn gegen Druck besonders widerstandsfähig ist.

Aus einer größeren Zahl von Beobachtungen bringt er die Krankengeschichten zweier Fälle. Beide Male handelt es sich um Cysten der Hypophyse, die durch Druck auf das Chiasma zu einem erheblichen Funktionsausfall geführt hatten. Im 2. Fall war die Papille bereits abgeblaßt gewesen. Die Sehstörung hatte mindestens 9 Monate bestanden. Dennoch kam es nach der durch die Operation erfolgten Entlastung beide Male zu einer ganz auffallenden Reparation des Sehvermögens. Nach den Erfahrungen des Verf. ist die Prognose weniger günstig, sobald entzündliche Erscheinungen hinzutreten. Zum Schluß berichtet Verf. noch über einen im Marburgschen Institut z. Zt. bearbeiteten Fall, bei dem es infolge Hydrocephalus zu einer Ausstülpung des 3. Ventrikels mit starker Abplattung des Chiasma gekommen war. Hier wurde infolge des Druckes auf nur ganz wenige Fasern die Randzone degeneriert gefunden. Den Grund hierfür erblickt Verf. darin, daß beim Hydrocephalus das Chiasma nur gedehnt wird, während es bei den Hypophysentumoren gegen den Gefäßstrang, den Circulus arterios. Willisii gedrängt und durch die A. communicans ant. gefurcht und schließlich zerschnitten wird.
Pette (Hamburg).

Nieuleseu, Ion T., und I. Bazgan: Betrachtungen über die Rolle des hinteren Längsbündels bei dem Zustandekommen der konjugierten Blicklähmung und Deviation des Kopfes in der extrapyramidalen Hypertonie. Spitalul Jg. 45, Nr. 11, S. 380—382. 1925. (Rumänisch.)

Man punktiert bei einem Kaninchen in der Suboccipitalgegend und trifft den 4. Ventrikel und zugleich das hintere Längsbündel. Die Autoren neigen dazu, dieser Läsion die hypertonischen Anfälle und die konjugierte Blicklähmung zuzuschreiben. Die Daten sind aber nicht genügend begründet. *Urechia* (Klausenburg).

Lutz, Anton: Nachtrag zu meiner Arbeit: Über einseitige Ophthalmoplegia internuclearis anterior. Bd. 115, S. 695 dieses Archivs. v. Graefes Arch. f. Ophth. Bd. **116**, H. 2, S. 376—377. 1925.

40jährige Frau. Vor 4 Jahren schwere Influenza. Vor 6 Wochen nach seelischen Erregungen Beginn des jetzigen Leidens mit Doppelsehen, dann Herunterfallen der Augenlider, Schläfrigkeit. Sehr nervös. Beiderseits Ptosis. Nystagmus beim Blick nach oben und unten, Lähmung des rechten Internus beim Blick nach links und bei passiver Drehung des Kopfes. Hingegen funktionierte der Internus sogar auffallend gut bei Konvergenz. Linke Internus funktionierte tadellos beim Blick nach rechts, versagte aber völlig bei der Konvergenz, indem das linke Auge sofort nach außen abwich. Im Gespräch auf 1 m Distanz Diplopie und Abweichen des linken Auges nach außen infolge Insuffizienz des linken Internus. Also: am rechten Auge supranucleäre Lähmung des rechten Internus, links supranucleäre Lähmung des Konvergenzapparates, der die heterogenen temporalen Netzhauthälften bedient. Beide motorische Ausfälle können durch eine einzige Unterbrechung erklärt werden, wenn man annimmt, daß sowohl die Blickwenderbahnen der homonymen Netzhauthälften wie diejenigen der heteronymen in ihrem supranucleären Verlaufe eine Kreuzung erfahren, wie wir es von allen ausführenden cortico-spinalen Bahnen gewohnt sind, und wenn wir ferner annehmen, daß die ungekreuzten Wurzelfasern des Internus der seitlichen Blickwendung angehören, die gekreuzten hingegen der Konvergenz. (Vgl. dies. Zentrlbl. **42**, 41.) *Kurt Mendel.*

Grimminger, Walther: Über Atrophia nervi optici partialis nach schweren Blutungen. (*Univ.-Augenklin., Graz.*) Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. **57**, S. 106—120. 1925.

Diese Sehstörung tritt nach starken Blutverlusten auf; Voraussetzung ist jedoch, daß gleichzeitig ein ausgesprochener Schwächezustand des Patienten besteht. Sie kann in unmittelbarem Anschluß an die Blutung auftreten (in etwa 25% der Fälle). Meist aber vergehen einige Tage, bis sich die Sehstörungen manifestieren. Bei fast der Hälfte der Fälle bessert sich das Sehvermögen nicht wieder, während bei $^1/_3$ der

Digitized by Google

Fälle eine wesentliche Besserung eintreten kann. Völlige Wiederherstellung in etwa 10%, aber auch hier bleibt das Gesichtsfeld meist mehr oder weniger eingeschränkt. Bei Erblindungen ist die Pupille weit und reaktionslos. Ophthalmoskopisch finden sich oft eine leichte Verwaschenheit der Papillengrenzen, gelegentlich auch Blutungen; nicht selten aber auch gar keine Veränderungen.

Mitteilung von 3 selbst beobachteten Fällen: Im 1. Fall Auftreten der Sehstörung bei einem 38jährigen Mann nach Blutung aus Ulcus duodeni, im 2. Fall bei einem 21jährigen Mann nach Nasenbluten während eines Malariaanfalles, im 3. Fall bei einem 46jährigen Mann. Eine Erklärung sucht Verf. im 1. Fall in einer reflektorischen Kontraktion der Zentralarterie, im 2. und 3. Fall in einer Embolie. Zu diesem Schluß kommt er nach dem Ergebnis der Gesichtsfeldprüfung. Die Ursache hinsichtlich der Pathogenese der Erblindung variiert. Verf. gibt eine Übersicht über die wesentlichsten in der Literatur sich findenden Erklärungsversuche.

Pette (Hamburg).

Hesse, Robert: Markhaltige Nervenfasern und Sehnervenentzündung. (*Univ.-Augenklin., Graz.*) Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. 57, S. 100—106. 1925.

Sichere Befunde über das gleichzeitige Vorkommen von markhaltigen Nervenfasern und Neuritis optica lagen bisher in der Literatur nicht vor. Verf. beschreibt zwei einschlägige Beobachtungen. Aus der Schilderung ergibt sich, wie schwierig die differentialdiagnostische Deutung sein kann.

Pette (Hamburg).

Fuchs, A.: Über die Fortleitung der sympathisierenden Entzündung in den Sehnerven. (*I. Univ.-Augenklin., Wien.*) Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. 56, H. 5/6, S. 275 bis 301. 1925.

Verf. untersuchte 101 Fälle von sympathischer Ophthalmie. In 24 Fällen war eine besondere Erkrankung des Opticusstammes vorhanden, die sich namentlich in einer Beteiligung der Pia mater manifestiert. Neben der unspezifischen Entzündung des Sehnerven gibt es noch eine besondere Entzündung desselben, die hinter der Lamina cribrosa sich manifestiert, die Pialscheide des Opticus im Gebiet des Fornix des intravaginalen Raumes betrifft, aus Lymphocyteninfiltraten besteht, offenbar spezifisch ist und daher als Mitbeteiligung des Sehnerven an der sympathisierenden Entzündung angesehen werden muß. Weiteres in der Arbeit bietet rein ophthalmologisches Interesse.

Kurt Mendel.

Hidano, Ko: Über zwei Fälle von primären intraduralen Sehnerventumoren. (*Univ.-Augenklin., Innsbruck.*) Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. 57, S. 31—44. 1925.

Die Nomenklatur der Oticustumoren geht weit auseinander. Während die einen Autoren meinen, daß am Opticus sowie an seinen Scheiden die verschiedenartigsten Tumoren vorkommen, sind andere geneigt, alle Tumoren dieser Region für Gliome zu halten. Verf. teilt 2 einschlägige von ihm histologisch untersuchte Fälle mit. Es handelt sich beide Male um Gliome, die vom Sehnerven selbst ausgingen. Die gleichzeitig festgestellte Bindegewebswucherung wird als etwas Sekundäres angesehen. Die im Scheidenraum sich ausbreitende Geschwulstmasse ist die direkte Fortsetzung der primären Sehnervengeschwulst. Verf. kommt nach Durchsicht der Literatur zu der Auffassung, wie auch vor ihm schon andere Autoren, daß es sich bei den früher verschieden benannten primären intraduralen Tumoren des Sehnerven in vielen Fällen um Gliome gehandelt hat.

Pette (Hamburg).

Beselin, O.: Subakute Funktionsstörung des Sehnerven bzw. der Netzhaut durch Arteriosklerose. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 75, Sept.-Okt.-H., S. 363—368. 1925.

Veranlaßt durch die Mitteilungen von Uhthoff (vgl. dieses Zentrlbl. 42, 151), der im vergangenen Jahr 3 derartige Fälle mitteilte, berichtet Verf. über einen von ihm selbst beobachteten Fall. Es handelt sich um einen 63jährigen Patienten, dessen Sehvermögen im Laufe weniger Tage abnahm. Außer einer hochgradigen Arteriosklerose (Bl. Dr. 220 mm Hg) kein Befund, der die Schwellung und Trübung der Papillen sowie die Einengung des Gesichtsfeldes hätte erklären können. Mit Uhthoff nimmt Verf. als Ursache ebenfalls eine direkte Zirkulationsbehinderung durch Arteriosklerose in der Ophthalmica und in der Art. centralis retinae an ohne daß es zu einer völligen Verlegung kam. Entgegen Uhthoff glaubt Verf. jedoch nicht daß das Ödem der Papille entzündlicher Natur ist, er meint vielmehr, daß es sich hier lediglich um eine Störung des Blutkreislaufes handelt, um so mehr als der Prozeß in den bisher beobachteten Fällen nach kurzer Zeit wieder abklang.

Pette (Hamburg).

Digitized by Google

Herrenschwand, F. v.: Über gehäuftes Auftreten von Neuritis retrobulbaris und deren Behandlung mit der „Daueranämisierung". (*Univ.-Augenklin., Innsbruck.*) Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. 57, S. 78—91. 1925.

Verf. beobachtete innerhalb kurzer Zeit ein gehäuftes Auftreten von Fällen retrobulbärer Neuritis. Bei einem Teil der Fälle bestanden gleichzeitig Nebenhöhlenaffektionen, bei anderen nicht. Die rhinologische Behandlung, die bei einzelnen Fällen mit sicherem krankhaften Befund versagt hatte, führte auffallenderweise bei anderen, wo ein Befund seitens der Nebenhöhlen nicht bestanden hatte, zu vollem Erfolg. Die Behandlung in der rhinologischen Klinik geschah durch Herzog in der Weise, daß Gazestreifen in den mittleren Nasengang eingeführt wurden, die mit 3 proz. Cocainlösung und mit Suprarenin getränkt waren. Das Einlegen erfolgte täglich 2 mal, 8 bis 14 Tage lang; die Streifen blieben jedesmal 2 Stunden liegen. Diese Art der Behandlung wurde von Herzog als „Daueranämisierung" bezeichnet. Kasuistische Mitteilung mehrerer Krankengeschichten. Verf. weist in seinen weiteren Ausführungen auf die Unstimmigkeiten in der bisher vorliegenden Literatur hinsichtlich des Wertes operativer Eingriffe bei retrobulbärer Neuritis hin. Sodann ergeht er sich in Vermutungen über das Wesen und die Pathogenese der Opticusneuritis und ihrer Beziehungen zur multiplen Sklerose. *Pette* (Hamburg).

Caneghem, van: Contribution à l'étude du mécanisme de l'effet utile des interventions endonasales dans certaines formes de névrites retrobulbaires sans lésion des sinus. (Beitrag zum Studium des Mechanismus der nützlichen Wirkung der internasalen Eingriffe bei gewissen Formen von Neuritis retrobulbaris ohne Sinusläsion.) Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. Bd. 44, Nr. 9, S. 897—916. 1925.

5 Fälle werden mitgeteilt. Bei gewissen Formen von Neuritis retrobulbaris ohne Sinusläsion können endonasale Operationen wirksam sein. Verf. operierte in 4 von diesen 5 Fällen, bei ihnen erfolgte völlige Restitution oder sehr starke Besserung des Sehvermögens. Bei allen 5 Fällen bot sich anfangs das Krankheitsbild wie ein Migräneanfall dar, mit allen Charakteren eines Migräneäquivalents. Die Neuritis retrobulbaris erscheint, entsprechend der Migräne, pathogenetisch als Folge von vasomotorischen Störungen, wahrscheinlich spastischen Ursprungs, in den kleinen Ästen der Arteria ophthalmica, die den Nervus opticus versorgt. Daher die gute Wirkung der endonasalen Operation als eines antispasmodischen Mittels, denn die Ursache des Spasmus sitzt extranasal. Daher auch der plötzliche Beginn des Leidens, die Schmerzen, die Spontanheilungen nach Abnahme des Spasmus vor Einsetzen irreparabler Läsionen. Die endonasale Operation betrifft besonders das Gebiet der A. ethmoidalis posterior und ihrer Anastomosen mit der Arteria spheno-palatina, sie löst einen vasomotorischen Reflex aus, der den Spasmus korrigiert, welch letzterer als Migräneäquivalent aufzufassen ist. *Kurt Mendel.*

Watson-Williams, Patrick: Anatomically irregular sphenoidal sinusitis with optic neuritis, localised by the suction syringe; with two examples. (Sinuitis sphenoidalis bei abnormer Anlage des Sinus mit Neuritis optica, lokalisiert mittels der Saugspritze; 2 Fälle.) Lancet Bd. 209, Nr. 17, S. 858—860. 1925.

In manchen Fällen ist der eine Sinus sphenoidalis auf Kosten des anderen abnorm erweitert, so daß der eine weit über die Mittellinie hinausreicht, während der andere ein ganz schmales Gebilde darstellt. Diese anatomischen Varietäten machen sich nur dann bemerkbar, wenn ein Sinus infiziert ist. Da in solchen Fällen mit Rücksicht auf die dabei vorkommende Neuritis optica und die schweren Sehstörungen die Auffindung des Eiterherdes und die Drainage des infizierten Sinus von außerordentlicher Wichtigkeit ist, muß man die erwähnten anatomischen Abweichungen kennen und bei der Sondierung berücksichtigen, besonders da der verschmälerte Sinus sehr schwer zugänglich ist. In den beiden Fällen des Verf. war das eine Mal der erweiterte Sinus infiziert und der unterentwickelte Sinus steril, beim 2. Falle lagen die Verhältnisse umgekehrt. Bei

Digitized by Google

der Aspiration des Eiters aus dem Sinus leistete die vom Verf. angegebene Saugspritze gute Dienste. *Taterka* (Berlin).

Miller, Clifton M.: Optic neuropathy and sphenoethmoid disease. (Sehnerventzündung und Erkrankung der Keilbein- und Siebbeinhöhlen.) Laryngoscope Bd. **35**, Nr. 9, S. 687—696. 1925.

Bei retrobulbärer Neuritis ist stets auf entzündliche Veränderungen der Keilbeinhöhle und der hinteren Siebbeinzellen zu fahnden. Verf. berichtet über 3 lehrreiche, einschlägige Fälle. Im ersten, wo das Sehvermögen bis auf bloße Lichtwahrnehmung geschwunden war, fand sich eine hochgradige Hyperplasie der mittleren Muschel und nach Abtragung dieser eine reichliche schleimig-eitrige Absonderung; im zweiten Falle, der wegen weit vorgeschrittener Sehschwäche und unerträglicher Kopfschmerzen lange Zeit hindurch vergeblich behandelt worden war, fand sich nach Abtragung der mittleren Muschel eine geringe Menge infektiösen Sekrets (Staphylococcus albus). In beiden Fällen stellte die Abtragung der mittleren Muschel und die Eröffnung der Siebbeinzellen das Sehvermögen wieder vollständig her und beseitigte die Kopfschmerzen. Im dritten Falle, der einen ähnlichen Nasenbefund, daneben jedoch positiven Wassermann im Blut bot, führte eine spezifische Kur zu völliger Wiederherstellung. *Alfred Schreiber* (Hirschberg i. Schl.).

Thies, O.: Doppelseitige Neuritis retrobulbaris bei Hautverbrennung. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. **75**, Sept.-Okt.-H., S. 384—386. 1925.

Im Anschluß an ausgedehnte Verbrennungen 2. und 3. Grades an Kopf, Händen und Füßen, 5—6 Wochen später, Entwicklung einer Neuritis retrobulbaris. Ausheilung mit Defekt. Derartige Beobachtungen sind, wie sich aus der Literatur ergibt, selten. Allen bisher mitgeteilten Beobachtungen gemeinsam ist die Schwere der Verbrennung und das Betroffensein des Kopfes. *Pette* (Hamburg).

White, Leon E.: Papilledema of otitic origin. (Stauungspapille otitischen Ursprungs.) Arch. of oto-laryngol. Bd. **2**, Nr. **4**, S. 371—378. 1925.

Stauungspapille fand sich in 58% der otitischen Kleinhirnabscesse, in 60% der Schläfenlappen-Keilbeinabscesse, in 44% der Gehirnhautentzündungen gleichen Ursprungs und in 46% der Infektionen des Sinus lateralis. Das Sehvermögen war auch bei noch so hochgradiger Stauungspapille niemals herabgesetzt, im Gegensatz zu den Fällen von Stauungspapille bei Nebenhöhlenentzündung. Bei den Meningitisfällen mit Stauungspapille waren Streptokokken die einzig vorhandene Bakterienart. Erscheint bei hochgradiger Stauungspapille eine Lumbalpunktion angezeigt, so empfiehlt es sich, zur Vermeidung einer Gehirneinklemmung im Hinterhauptsloch den Druck innerhalb der Schädelhöhle vorher zu verringern durch Drainage der Seitenventrikel. *Alfred Schreiber* (Hirschberg i. Schles.).

Kestenbaum, Alfred: Eine einfache Methode der groben Gesichtsfeldprüfung. (*Allg. Poliklin., Univ. Wien.*) Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 46, S. 2531 bis 2533. 1925.

Verf. beschreibt die Methode in folgender Weise: Ein Finger oder ein anderes Objekt wird ziemlich nahe dem Gesicht des Untersuchten von der Peripherie gegen das Auge hingeführt. Der Patient gibt in bekannter Weise den Punkt an, wo er etwas sich bewegen sieht. Dies tritt normalerweise genau in dem Punkt ein, wo das Objekt in Anbetracht der Umgebung des Auges diesem sichtbar werden kann. Wird z. B. der Finger von der nasalen Seite her genähert, so sieht ihn der normale Untersuchte gerade in dem Moment, wo der Finger über der Nase erscheint, d. h. wo die verlängerte Verbindungslinie des Fingers und des Nasenrückens, gerade schon in die Pupille fällt. Dieser Punkt ist für den Untersucher bei etwas Übung ziemlich genau feststellbar und gibt so eine deutliche Markierung der normalen Gesichtsfeldgrenze. Diese Prüfung wird nun von verschiedenensten Seiten wiederholt. Das Resultat der Prüfung kann leicht auf die Weise fixiert werden, daß man sich in eine kleine Skizze des normalen Gesichtsfeldes mit markiertem Fixationspunkt den gefundenen Defekt in ungefährer Weise einträgt. Die Fehlergrenze ist nicht viel größer als bei der Perimetrie. Die Methode hat sich dem Verf. in jahrzehntelangem Gebrauch sehr bewährt. *Pette* (Hamburg).

Noll, A.: Über die Pupillenreaktionen beim Vogel. (*Physiol. Inst., Univ. Jena.*) Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. **75**, Sept.-Okt.-H., S. 301—310. 1925.

Die über eine Reihe von Jahren sich erstreckenden Untersuchungen des Verf. haben zu folgenden mit Auffassungen anderer Autoren z. T. in Widerspruch stehenden Ergebnissen geführt: Bei der Taube verlaufen die Pupillenfasern im Tractus opt. getrennt von den Sehfasern und erleiden wie diese eine totale Kreuzung. Die Pupille

Digitized by Google

der Taube kann auch konsensuell reagieren. Es findet eine zentrale Überleitung der Erregung von der einen zur anderen Seite statt. *Pette* (Hamburg).

Marzio, Q. di: Fibro-endotelioma del nervo ottico. (Fibroendotheliom des N. opticus.) (*Clin. oculist., univ., Roma.*) Saggi di oftalmol. Jg. **1924**, S. 87—94. 1924.

Der von der Piascheide ausgehende Tumor wurde mit Erfolg operiert. Klinisch und histologisch nichts Bemerkenswertes. *Josef Wilder* (Wien).

Sterting, Władysław: Experimente und klinische Untersuchungen über die sogenannte Spiegelschrift. Medycyna doświadczalna i społeczna Bd. 5, H. 1/2, S. 44—66. 1925. (Polnisch.)

An einem Material, das 80 erwachsene Personen, gesunde und hemiplegische, 200 normale und 134 debile Kinder umfaßt, sucht Verf. dem Problem der Spiegelschrift, der autochthonen und experimentellen, sowohl der linken als der rechten Hand, näherzutreten. Dieses Problem besitzt eine sehr umfangreiche, schon bei den Biographen Leonardo da Vincis erwähnte Literatur, in der das Phänomen teils als physiologisch, teils als pathologisch aufgefaßt wird. Weder ist die autochthone linkshändige Spiegelschrift eigen dem Oligophrenen, noch muß letzterer mit Spiegelschrift behaftet sein. Debilität und rechtsseitige Parese, Linkserei, Störung in der räumlichen Orientation geben eher Veranlassung zu derselben, wobei zu berücksichtigen ist, daß Zeichnen auf einem an der Stirn angeklebten Bogen keine Spiegelschrift liefert, weder mit der rechten noch der linken Hand. Bei gleichzeitigem beiderhändigem Schreiben fand sich linkshändige Spiegelschrift kaum in 23% der Fälle, in einem Littleschen Fall waren unwillkürliche Spiegelschriftbewegungen an der linken Hand bemerkbar bei gewöhnlichen rechtshändigen Schreibversuchen. Beim Stirnschreiben ist die Spiegelschrift im allgemeinen bedeutend häufiger als die Normalschrift sowohl rechts als links, sowohl bei psychisch Gesunden als Abnormen. Die rechtshändige Spiegelschrift wird nur im ersten Schreiblernjahr bei Kindern beobachtet. Bei experimentell gleichzeitigem bimanuellen Schreiben zeigt sich ab und zu rechtshändige Spiegelschrift, wobei beide Hände in der Regel in mutuell konvergierender Richtung zeichnen. Beim Stirnschreiben ist auffallend, daß bei keinem diese Schreibweise zum Bewußtsein gelangt. Die Linksertheorie der Spiegelschrift ist wenig beweiskräftig, dasselbe gilt von der physiologischen Hypothese — die das Phänomen als physiologisch auffaßt —, insofern man die langläufigen Hirnlokalisationsgesetze und die Phänomenologie der Spiegelschrift berücksichtigt. Als pathologisch, von motorisch-optischer Individualität oder von psychischer Debilität abhängig, kann die Spiegelschrift ebenfalls nicht aufgefaßt werden. Dagegen spielt hier die von manchen Physiologen vermutete räumliche Desorientation eine große Rolle, speziell was die zentripetale oder zentrifugale Richtung der schreibenden Hand zur Körperachse anbetrifft. Mitspielend wirkt vielleicht eine Art ideatorischer Dyspraxie im weitesten Sinne des Wortes. Bei Fällen von linksseitiger Rindenaffektion und Balkenläsion ist diese leicht nachweisbar. Neben der Spiegelschrift kommen auch noch andere funktionelle Schreibabweichungen vor, wie inverse und umgekehrte Schrift, die zuweilen sogar mit inverser, von französischen Autoren näher beschriebener Sprachalteration kombiniert auftritt. *Higier* (Warschau).

Marin Moreno: Peritonismus medullären Ursprungs. Rev. de la asoc. méd. argentina Bd. 37, Nr. 232, S. 138—147. 1925. (Spanisch.)

In 2 Fällen, von denen der eine sich später als akute Myelitis herausstellte, während in dem anderen ein Geschoß in den Duralsack gedrungen war, trat als erstes Zeichen ein peritonitisartiges Krankheitsbild auf, das eine Appendicitis vortäuschte: Erbrechen, Verstopfung, Harnverhaltung, Bauchdeckenspannung, leichte Auftreibung des Leibes, Druckschmerz im Epigastrium, Schmerzen am Mac Burneyschen Punkte im ersten, Bauchdeckenspannung, Schmerz im Epigastrium im zweiten Falle. Allgemeinbefinden, Temperatur, Puls o. B., nur im 2. Falle wurde letzterer nach einiger Zeit klein und frequent. In beiden Fällen wurde ergebnislos operiert.

Die Bauchdeckenspannung ist ein Reflex des betreffenden Rückenmarkssegments. Der spastische Ileus entsteht auf dem Wege Rückenmark—Gehirn—Eingeweide durch Vermittlung des Sympathicus und Parasympathicus. Während Schmerz und Bauch-

Digitized by Google

deckenspannung eine Unterscheidung zwischen Peritonitis und medullärem „Peritonismus“ nicht gestatten, muß eine frühzeitige Blasenlähmung den Verdacht auf Rückenmarkerkrankung erwecken; vor allem spricht der gute Allgemeinzustand, das normale Verhalten von Puls und Temperatur eher für letztere. *Reich* (Breslau).

Triantaphyllos, D.: Die pathologische Physiologie der fibrillären Zuckungen. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Athen.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 87, H. 4/6, S. 285—287. 1925.

Fibrilläre Zuckungen kommen bei Erkrankungen der Vorderhörner des Rückenmarkes zur Beobachtung. Man nimmt allgemein an, daß dieses Phänomen durch eine Funktionssteigerung der multipolären Zellen der Vorderhörner, unter dem Einfluß eines „irritativen“ Vorganges, erzeugt wird. Demgegenüber glaubt Verf., daß man eine Funktionssteigerung der Ganglienzelle inmitten eines so atrophischen und destruktiven Vorganges und inmitten eines so progressiven Verschwindens der Funktion wie bei der chronischen Poliomyelitis, die vornehmlich von fibrillären Zuckungen begleitet ist, nicht annehmen kann. Vielmehr sind nach Verf.s Ansicht die fibrillären Zuckungen die Äußerung einer mangelhaften Übertragung der Hemmungswirkung der Pyramidenfasern, die von letzteren auf die Ganglienzellen ausgeübt wird. Deshalb vermißt man die fibrillären Zuckungen bei Radiculitiden, Neuritiden oder primären Muskelerkrankungen immer. Bei akuter Poliomyelitis sind sie sehr selten, weil es sich hier um einen Vorgang handelt, der auf den ersten Schlag die ganze Funktion der Zelle aufhebt, während bei der chronischen Poliomyelitis im Laufe der sehr langsamen Entwickelung der destruktiven Vorgänge immer noch ein Teil der Funktion der Zelle erhalten bleibt; dieser äußert sich infolge der mangelhaften Übertragung der pyramidan Inhibition gesteigert als fibrilläres Zittern. *Kurt Mendel.*

Folly, E.-R.-M.: Les nouveaux procédés d'exploration neurologique du membre inférieur. (Die neuen neurologischen Untersuchungsmethoden des Beines.) Arch. de méd. et de pharm. milit. Bd. 83, Nr. 1, S. 48—58. 1925.

Zusammenfassende Darstellung einiger in den letzten Jahren mitgeteilter Phänomene an den Beinen. Besprochen werden das „manoevre de la jambe“, das Barré angegeben hat, d. i. das Herabsinken des gebeugten Unterschenkels in Bauchlage bei Pyramidenbahnläsion, ferner das „manoevre de Mingazzini“, das auch bei Pyramidenläsionen zur Beobachtung kommt und im Sinkenlassen des in Rückenlage gestreckt erhobenen Beines besteht. Ferner wird der Peronealreflex erwähnt, sein Reflexbogen geht durch $L_V, S_I—S_{II}$. Auf einige bei Ischias neu beschriebene Zeichen wird hingewiesen, und zwar auf die Atrophie der Wadenmuskeln, die im Knien besonders hervortritt, auf die in gleicher Lage abgeplattete Achillessehne, den tieferstehenden Hacken und den rechtwinklig zum Unterschenkel fallenden Fuß (während der Fuß der gesunden Seite eine leichte Extension beibehält). Der retro-malleoläre Reflex, der in einer durch Klopfen zwischen Achillessehne und Malleolus externus erzeugten Beugung des Fußes besteht, pflegt vor dem Achillesreflex zu schwinden. Der Peronealreflex ist bei der Ischias des Nerven erhalten, fehlt bei der Wurzelischias. Am kranken Bein ist besonders in der unteren Hälfte des Unterschenkels die Temperatur herabgesetzt.

Erna Ball (Berlin).

Osann, E.: Zur Technik der Zisternenpunktion (Suboccipitalpunktion). (*Städt. Krankenh. Siloah, Hannover.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 43, S. 1783 bis 1784. 1925.

Verf. gibt für die Technik eine Nadel aus rostfreiem Metall mit einem feststellbaren Schieber und einem auskochbaren 11 cm-Maßstab aus Metall an, um die Tiefe des Einschnittes genau ermitteln zu können. Im übrigen enthalten die Ausführungen nichts Neues. *S. Hirsch* (Frankfurt a. M.).

Schuster, Julius: Ventriculographie mit Lipiodol ascendens und descendens. Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 43, S. 2064—2066. 1925.

Die Technik der Ventriculographie mit Lipiodol ascendens und descendens ist

Digitized by Google

folgende: Es wird occipital mit einem kleinen Handbohrer trepaniert und mit einer Kanüle in das Hinterhorn des Seitenventrikels eingegangen. Dann werden 4 ccm Liquor aspiriert und durch 2 ccm Lipiodol descendens, das 0,54 g Jod pro Kubikzentimeter enthält, und 2 ccm Lipiodol ascendens, das nur 0,25 g Jod pro Kubikzentimeter enthält, nacheinander ersetzt. Das Lipiodol ascendens schwimmt an der Oberfläche des Liquors. Schließlich werden 6—10—20 ccm Luft injiziert, nachdem entsprechende Liquormengen abgelassen sind, und dann die üblichen Röntgenaufnahmen gemacht. Die Ventriculographie mit Luft und Lipiodol ascendens-descendens ist ein schonenderer Eingriff als die Encephalographie. Die Verwendung des Lipiodols hat den Vorteil, daß man die Tröpfchen vor dem Röntgenschirm wandern, sinken und arretiert sehen kann. Das Lipiodol descendens eignet sich zur Darstellung der Enge und der Passage der Foramina Luschkae und des Foramen Magendii; es spielt also hierbei die Rolle eines flüssigen Katheters. Der Verf. äußert sich weiterhin kurz zu den Fortschritten der Encephalographie bzw. der Ventriculographie. Es können heute bereits kleinere Tumoren (Taubeneigröße) lokalisiert werden. Corticale Tumoren sind mit breitem Luftkreis oder Luftbogen umgeben, auch dann, wenn sie nicht ganz an der Oberfläche der Rinde liegen. Wenn der Seitenventrikel der tumortragenden Seite etwas erweitert ist, muß eine allgemeine Erkrankung schweren Grades der ganzen Hemisphäre vorliegen. Die verschiedensten Veränderungen sah Verf. bei der Epilepsie: Chronischen Hydrocephalus bei normalem Schädelumfang, Tumoren, Veränderungen der Hemisphäre, Enge der Seitenventrikel, speziell der Hinter- und Unterhörner. Ausführlicher beschrieben wird ein Fall, wo bei einem 19jährigen Epileptiker eine Encephalographie und 2 Wochen später die Ventriculographie mit Luft und Lipiodol ascendens-descendens gemacht wurde. Daß dem Verf. hierbei u. a. der encephalographische Nachweis einer Verwachsung zwischen Gyrus centralis anterior sin. und Dura mater gelang, ist bemerkenswert, wiewohl nach des Ref. eigenen Erfahrungen nicht sehr wahrscheinlich. Leider fehlt hier die Wiedergabe des entsprechenden Röntgenbildes.

Taterka (Berlin).

Kretschmer, M.: Über familiäre, idiopathische Polycythämie im Kindesalter. (*III. med. Univ.-Klin., Berlin.*) Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. **40**, H. 3, S. 225—228. 1925.

Bei 3 Geschwistern wurde eine idiopathische angeborene Polycythämie festgestellt. In der Ascendenz war nichts über gleichartige Erkrankungen zu erkunden. Bei 2 der Geschwister bestanden Krämpfe, die eine Schwester klagte häufig über Kopfschmerzen und ermüdete leicht. Eine Besserung der Kopfschmerzen wurde durch Röntgentiefenbestrahlung der Röhrenknochen erzielt, doch blieb der Blutbefund der gleiche. *Kurt Mendel.*

Therapie.

Radovici, A., und H. Angelescu: Indikation dekompressiver Kraniektomie bei intrakranialer Hypertension und Stauungspapille. Spitalul Jg. 45, Nr. 11, S. 369—372. 1925. (Rumänisch.)

Aus einer wenig beweisenden Statistik ziehen Verff. folgende Schlüsse: 1. Differentialdiagnose zwischen Stauungspapille und Neuritis optica (bulbäre, juxtabulbäre) ist in einigen Fällen schwer oder gar unmöglich zu stellen. 2. Die Stauungspapille deutet nicht immer auf einen intrakranialen Tumor. Durch die intrakraniale Hypertension, welche die Hirnsyphilis, Blutung, Meningitis serosa begleitet, kann sich ein ziemlich bedeutendes Ödem der Papille zeigen. (Eine längst bekannte Sache. Ref.) 3. Stauungspapille, welche fortschreitet, benötigt eine dekompressive Kraniektomie. 4. Die Stauungspapille, begleitet von einer Verminderung der Sehschärfe, mit vergehenden visualen Sehstörungen, benötige dringlich Kraniektomie, insofern irgendeine Verspätung eine Amaurose nachziehen kann. 5. Eine stationäre Stauungspapille bei intrakranialer Hypertension ohne Lokalisationszeichen der Kompression kann mit Erfolg durch Röntgen behandelt werden. 6. Nach der Durchführung der Kraniektomie ist sehr wichtig, eine Ergänzungsbehandlung mit Röntgen vorzunehmen. *Urechia.*

Digitized by Google

Lériche, R.: Über die Durchschneidung kommunizierender Äste im Schmerzsyndrom der Extremitäten. Warszawskie czasopismo lekarskie Jg. 2, Nr. 6, S. 209 bis 210. 1925. (Polnisch.)

Lériche beschreibt einen Fall von schweren Nachschmerzen im Stumpfe eines amputierten Oberarmes und in der Nachbarschaft (mediane Oberarmfläche, Scapularspitze), wo sämtliche chirurgische Eingriffe erfolglos sich erwiesen.

Auf die physiologischen Untersuchungen Hunter-Rayles, die anatomischen Horelacques und die technisch-operativen Hinweise Gazas gestützt, durchschnitt Lériche die Rami communicantes C_{5-8} und D_1. Der Erfolg war schon am nächsten Tag voll ausgesprochen. In 2 weiteren, näher besprochenen Fällen war das Resultat nicht minder eklatant. In schweren, sonst nicht zugänglichen Schmerzfällen ist der Versuch lohnenswert. *Higier* (Warschau).

Marconi, Sandro: Vecchi e nuovi indirizzi nella cura delle paralisi spastiche con speciale riguardo alla sezione dei rami comunicanti del simpatico. (Alte und neue Richtlinien in der Behandlung der spastischen Lähmungen mit besonderer Berücksichtigung der Durchschneidung der Rr. communicantes des Sympathicus.) (*Osp. civ., Venezia.*) Arch. di ortop. Bd. 41, H. 2, S. 239—278. 1925.

Der der chirurgischen Therapie der spastischen Lähmungen oft fehlende Erfolg liegt an unserer bis vor kurzem noch lückenhaften Kenntnis vom (Haltungs-, plastischen, Kontraktions-, Ruhe-, Stellungs-, Unterstützungs-)Tonus und von der pyramidalen, extrapyramidalen und Flexionscontractur. Hervorgerufen wird der Tonus vom Rückenmark aus, er gelangt auf verschiedenen Wegen zum Muskel, von denen der hier wichtigste der über den Sympathicus ist. Halb- und doppelseitige Kinderlähmung und Littlesche Krankheit sind das Hauptgebiet der Chirurgie der Spasmen. Die angeborene Starre ist eine Littlesche Krankheit ohne Pyramidensymptome. An einem Fall soll (für Ref. nicht ersichtlich) das Nebeneinander von extrapyramidalen und Pyramidensymptomen gezeigt werden. Von Eingriffen kommen in Betracht: plastische Sehnenverlängerungen, die der Tenotomie vorzuziehen sind. An den Adductoren der Hüfte ist die Myotomie anzuwenden. Sehnenüberpflanzungen kommen nicht bei spastischen, nur bei schlaffen Lähmungen in Frage. Gute Ergebnisse sah man von Umwandlung polyartikulärer in monoartikuläre Muskeln. Von Operationen am Nerven verdient die Stoffelsche vor der Neurektomie, der Überpflanzung und Alkoholeinspritzung den Vorzug, wofür eine Reihe von Fällen als Beweis angeführt werden. Die Förstersche Operation schätzt Verf. gering ein; bei einem (! Ref.) so behandelten Falle ließ die Hypertonie nur für kurze Zeit nach, vermutlich, weil nur postoperative Hypo-, aber nicht Atonie bestand. Die Resektion der Rr. communicantes, die genau geschildert wird, bewirkt Verminderung der Gliederstarre und Vermehrung der Kontrolle über die Bewegungen. Die besten Erfolge lassen sich durch sie bei Rindenläsionen, die geringsten bei multipler Sklerose und Syringomyelie erzielen. Eigene Erfahrung besitzt Verf. anscheinend darüber nicht und will die weiteren Ergebnisse der Resektion der Rr. communicantes vor Fällung eines Urteils abwarten. *Kastan* (Hamburg).

Jirásek, Arnold: Folgezustände nach Beseitigung des Halssympathicus. (*I. chir. klin. univ., Praze.*) Časopis lékařů českých Jg. 64, N. 44, S. 1580—1584. 1925. (Tschechisch.)

Die Halssympathektomie ist nicht immer ein gleichgültiger Eingriff, wie ein Fall, der wegen hartnäckiger Angina pectoris linksseitig operiert wurde, lehrt. Am 2. Tage p. o. wurde ein linksseitiges Pleuratranssudat nachgewiesen, welches sich als blutig erwies und rasch zunahm. Am 4. Tage entwickelte sich eine Schlinglähmung als Folge einer Atonie der Speiseröhre in den unteren zwei Dritteln. Die Pleuraaffektion wird auf eine Schädigung der Pleura infolge Exairese des unteren Endes des Sympathicus zurückgeführt, weshalb Verf. das einfache Durchschneiden des Nerven empfiehlt. Die Oesophagusatonie ist eine Folge einer Reizung der sympathischen Innervation des Oesophagus. Denselben Grund hat auch die Neuralgie, die im Gefolge der Operation auftrat. *O. Wiener* (Prag).

Diez, Julio: Eine neue Methode der Sympathektomie zur Behandlung trophischer und gangränoser Affektionen der Glieder. Arch. de la conferencia de med. del hosp. Ramos Mejía Bd. 8, Nr. 3, S. 130—142. 1924. (Spanisch.)

Der häufige Mißerfolg der Léricheschen Operation beruht darauf, daß die sym-

Digitized by Google

pathischen Fasern die Arterienwand nicht fortlaufend vom proximalen bis zum distalen Ende der Extremität begleiten. Infolgesessen unterbricht die nach Lériche an einem umschriebenen Teile der Arterienwand vorgenommene Operation nur eine beschränkte Anzahl vasomotorischer Fasern. Es handelt sich also darum, eine Methode zur Unterbrechung einer größeren Menge vasomotorischer Fasern zu finden, die sich nach Möglichkeit der totalen Sympathektomie näherte. Nun bestehen für die trophischen Störungen beim Raynaud, bei der senilen Gangrän und bei der Endarteriitis obliterans gewisse Prädilektionsstellen — Zeigefinger und Großzehe —, deren vorzugsweises Befallenwerden durch die Gefäßversorgung nicht erklärt wird. Da es aber die Stellen sind, die in Fällen von Causalgie besonders befallen werden, lag die Vermutung nahe, daß dieselben sympathischen Fasern, die für die Causalgie verantwortlich sind, auch die trophischen Störungen hervorrufen. Es erhob sich also die Folgerung, daß man an diese Fasern herangehen müsse und nicht an die periarteriellen Fasern am proximalen Extremitätenende. Solche Fasern verlaufen vor allem im Medianus und Ischiadicus, und zwar als „nervi nervorum" im interfasciculären Bindegewebe. — Technik der Operation: Freilegen des Medianus im mittleren Drittel des Oberarms und des Ischiadicus unmittelbar unterhalb des M. glutaeus maximus. Der Nerv wird auf zwei Haken gelegt, das Neurilemm in einer Ausdehnung von 4—5 cm gespalten, die beiden Blätter werden auseinandergezogen. Isolieren der einzelnen Fascikel — beim Medianus 12—15, beim Ischiadicus 28—40 — mittels Pinzette und vorn abgerundeten Stiletts unter Schonung der Anastomosen. Resektion des interfascikulären Gewebes. Gelegentliche kleine Blutungen stehen von selbst. Nähen des Neurilemms mit Catgut. Hautnaht. Nur ausnahmsweise unmittelbar nach der Operation Gefäßspasmus. In fast allen Fällen unmittelbar oder spätestens 1 Stunde nach der Operation folgende Symptomentrias: Temperaturerhöhung, Blutdrucksteigerung, Erhöhung des oscillometrischen Index. Die 1—3° betragende Temperaturerhöhung sinkt vom 6.—10. Tage ab und verschwindet nach 15—20 Tagen. Der Blutdruck steigt bisweilen unmittelbar, manchmal 1 Stunde, ausnahmsweise 24 oder 48 Stunden nach der Operation an. Dauer mit Schwankungen etwa 30 Tage. Die Steigerung des systolischen Drucks beträgt durchschnittlich 40 mm Hg, die des diastolischen 15 mm Hg. Die an der oberen Extremität auftretende Vergrößerung der Pulswelle persistiert stets. Bei manchen Kranken wird auch die entsprechende anderseitige Extremität in demselben Sinne beeinflußt. Als Nebenwirkung zeigte sich bei einigen Operierten eine 10—20 Tage dauernde Parese der Fußstrecker mit Parästhesien. Bei 2 Kranken trat eine hartnäckige Causalgie auf, die erst nach Resektion des lumbo-sakralen Sympathicus verschwand. Von 13 operierten Fällen zeigten keine Besserung 3 (Endarteriitis luetica), deutliche vorübergehende Besserung 2 (dasselbe), deutliche dauernde Besserung 3 (dasselbe), Heilung 5 (2 Raynand, 2 mal perforant, 1 Akrocyanose). — Mit der beschriebenen Operation ist das Ideal noch nicht erreicht. Verf. hat später mit Resektion des 1. Brustganglions bzw. des lumbo-sakralen Sympathicus noch bessere Erfolge erzielt.

Reich (Breslau).

Brüning, F.: Drei Jahre periarterielle Sympathektomie. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 37, S. 1516—1518. 1925.

Nach einem kurzen Überblick über die Theorien des periarteriellen Sympathektomie, in denen noch viele Unklarheiten sind, faßt Brüning seine Meinung dahin zusammen, daß die Wirkung der Operation im wesentlichen in einer Wochen und Monate dauernden Hyperämie und Unterbrechung der Schmerzbahnen besteht. Der Erfolg der Operation ist um so sicherer und andauernder, je mehr ein Reizzustand im sympathischen Nervensystem das Krankheitsbild beherrscht. Indikation für Operation besteht bei vasomotorisch-trophischen Störungen nach Nervenverletzung und bei Kausalgien, Röntgengeschwüren, beginnendem Raynaud (hier besser Exstirpation des Ganglion stellatum), intermittierendem Hinken, besonders schwankende Ergebnisse hat sie bei Sklerodermie und Ulcus cruris und drohender Gangrän. *Krambach* (Berlin).

Digitized by Google

Havlicek, Hans: Die Leitungsunterbrechung der Rückenmarkssegmente als klinisches Experiment. (*Dr. Lahmanns Sanat. Weißer Hirsch, Dresden.*) Zentralbl. f. inn. Med. Jg. **46**, Nr. 43, S. 1018—1027. 1925.

Die von Läwen angegebene paravertebrale Ausschaltung von Rückenmarkssegmenten sollte zunächst zur schmerzlosen Ausführung von Operationen verwendet werden, sie lieferte aber auch wichtige theoretische Beiträge zur Frage der Segmentinnervation der Bauchorgane und läßt sich für gewisse Differentialdiagnosen verwenden. Koliken lassen sich durch Paravertebralinjektionen kupieren, manche Autoren sahen sogar einen Dauererfolg bezüglich des Auftretens von Gallen- und Nierensteinanfällen. Läwen hat auch versucht, mit seiner Methode durch Lähmung der Vasomotoren einen Einfluß auf die Nierensekretion zu gewinnen. Die Erfolge waren inkonstant. *Erich Guttmann* (München).

Vogt, E.: Über die Beziehungen zwischen Psyche und Röntgentherapie. (*Univ.-Frauenklin., Tübingen.*) Strahlentherapie Bd. **20**, H. 1, S. 84—88. 1925.

Bei der Röntgenkastration ist auf die Psyche der Patientinnen Rücksicht zu nehmen. Die Kranke muß auf die Röntgenkastration psychotherapeutisch vorbereitet werden, der Termin ist so zu wählen, daß die Schnelligkeit des Eintritts der Menopause der Erwartung entspricht (bei arbeitenden Frauen unmittelbar post menses, bei ängstlichen im 2. Teil des Intermenstruums, eventuell mit refracta dosi). Der untersuchende Arzt, der das Vertrauen der Kranken besitzt, sollte auch der bestrahlende sein. Nach der Bestrahlung pflegen die Frauen sehr suggestibel zu sein. Bei der Prophylaxe des Röntgenkaters ist zur Vermeidung einer psychischen Infektion die Isolierung vor und nach der Bestrahlung sehr wichtig. Die Ausfallserscheinungen sollen sofort medikamentös bekämpft werden (Klimakton, Klimasan, Transannon); ihre Stärke hängt aber weitgehend von der Vita sexualis ab (Frauen, die aus Angst vor der Konzeption nicht zur Voluptas kamen, reagieren günstig, solche, denen die Gewißheit der Konzeptionsmöglichkeit zur Voluptas gehört, umgekehrt). *G. Ewald* (Erlangen).

Löwenberg, K.: Über die Wirkungsweise des Neostrontan (Tosse), besonders bei Schmerzzuständen. Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 44, S. 1656—1657. 1925.

Das Strontium wirkt sehr prompt gegen Schmerzen bei Gelenkerkrankungen, es muß eine direkte Beeinflussung des peripheren und auch zentralen Nervensystems angenommen werden. Bei Neuralgien und tabischen Krisen erwies sich Strontium, intravenös zugeführt, sehr wirksam. Noch stärker wirkte das Bromsalz des Strontiums. Neostrontan ist eine Chlor-Bromstrontiumverbindung und wird oral oder intravenös (Ampullen zu 5 ccm) angewandt, es wird gut vertragen, macht keine üblen Folgeerscheinungen, insbesondere keine Magendarmstörungen. Es wirkt bei allen Arten von Schmerzen, gleichgültig welcher Ätiologie; in vielen Fällen wurde eine Dauerwirkung erzielt. Lumbago und Zahnschmerzen reagierten besonders gut auf das Präparat, das auch beruhigend wirkt. *Kurt Mendel.*

Hutchinson, Robert: Discussion on treatment of insomnia. (Aussprache über die Behandlung der Schlaflosigkeit.) (*London hosp. a. hosp. f. sick childr., London.*) Brit. med. journ. Nr. **3383**, S. 775—780. 1925.

In einem kurzen einleitenden Referat unterscheidet Hutchison zwischen sekundärer Schlaflosigkeit, bedingt durch körperliche Störungen (Schmerzen, Fieber, Atemnot, Husten, Flatulescenz usw.), und primärer Schlaflosigkeit, die psychischen Ursprungs ist. Wenn Schmerzen die Ursache der Schlaflosigkeit sind, soll man zunächst Mittel wie Aspirin, Pyramidon, Veramon oder dergl. versuchen, ehe man Morphium verordnet. Häufig bedingen Verdauungsbeschwerden und Obstipation Schlafstörungen, ohne daß der Patient überhaupt eine Ahnung von einer bestehenden Magendarmaffektion hat. Flatulescenz ist nicht allzu selten Ursache der Schlafstörungen im Senium. Bei der Behandlung der primären Schlaflosigkeit spielt die Psychotherapie die größte Rolle. Unterbringung in einer Anstalt empfiehlt sich im allgemeinen nur bei Psychosen, bei den anderen Fällen ist Behandlung in der gewohnten Umgebung

Digitized by Google

vorzuziehen. Der Kranke soll ein Schlafzimmer für sich allein haben; er soll ferner die Möglichkeit haben, sich bei leichter Lektüre über die wachen Stunden hinwegzuhelfen, gegebenenfalls auch etwas während der Nacht zu essen. Chemische Schlafmittel sind erst das letzte Zufluchtsmittel.

Campbell definiert Schlaflosigkeit als Unmöglichkeit, bei günstigen äußeren Bedingungen genügend und normal zu schlafen. Er legt großen Wert auf hygienische und zweckmäßige Beschaffenheit des Schlafzimmers, des Bettes und der Nachtkleidung. Gesunde Menschen sollen auf niedrigen Kopfkissen schlafen, nur bei erhöhtem Blutdruck soll das Kopfkissen höher sein. Die horizontale Lage vermehrt den intrakraniellen Druck und spielt eine nicht unerhebliche Rolle bei der Entstehung von Hirnblutungen. — Devine bespricht die Schlafstörungen bei Psychosen und weist darauf hin, daß Schlaflosigkeit häufig ein Prodromalsymptom von Psychosen darstellt. — Symonds geht kurz auf die physiologischen Grundlagen der Schlaflosigkeit ein. — Spriggs erzielte bei Schlafstörungen überarbeiteter Patienten günstige Erfolge mit täglichen Spaziergängen von 1—2 Stunden Dauer. — Stone betont den Einfluß der Körperlage im Bett. Es empfiehlt sich, auf der rechten Seite zu liegen, weil dabei der Magen leichter entleert wird. — Smyth hat besonders zahlreiche Fälle von Schlaflosigkeit bei Leuten jenseits des 50. Lebensjahres gesehen. — Wallis hat Versuche über die Toxizität einzelner Hypnotica (Sulfonal, Medinal und Veronal) angestellt. Selbst bei mehrmonatiger Verwendung ließen sich keine Schädigungen der Leber oder der Nieren nachweisen; die Ausscheidung erfolgte außerordentlich rasch. Das Bestreben, unter allen Umständen Hypnotica zu vermeiden, sei demnach nicht gerechtfertigt. — Ross macht auf die suggestive Komponente bei der Verwendung irgendwelcher Medikamente aufmerksam. *T'aterka* (Berlin).

Schilder, Paul: Über Schlafmittelhypnose. Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 45, S. 1213—1214. 1925.

Schilder hält für eine Reihe von nervösen Erkrankungen die Tiefhypnose für unerläßlich. Da aber nicht selten Patienten refraktär gegen die Tiefhypnose sind, so schlägt er eine Narkohypnose vor, bei der durch Gaben von Paraldehyd (4,0 g) oder Veronal (0,5—1,0 g) vorher gegeben die Tiefhypnose erleichtert wird. Ref. möchte seine großen Bedenken gegen eine regelmäßige Behandlung mit Narkohypnose hier nicht noch einmal vorbringen, hält aber dieses Verfahren nur in allerseltensten Fällen als letzten Notbehelf für angängig. Daß für die Tikerkrankungen zur Heilung Tiefhypnose unerläßlich sei, muß Ref. nach seinen Erfahrungen bestreiten. *G. Flatau.*

Stransky, Erwin: Medikamentöse Therapie bei Psychosen. Wien. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 38, S. 2101—2105 u. Nr. 40, S. 2229—2238. 1925.

Verf. gibt einen guten Überblick über die zur Zeit in der Psychiatrie üblichen Anwendungsgebiete der verschiedensten Pharmaka. Von der spezifischen antiluetischen Behandlung ausgehend, schildert er die Proteinkörper, insbesondere die Malariatherapie der Paralyse, als kausale Therapie noch die Anwendung von Drasticis und von kolloiden Präparaten bei Intoxikationen und Autointoxikationen. Dann geht er zur symptomatischen Therapie über, besonders auf die Brom-Luminaltherapie der Epilepsie hinweisend, bespricht die Somnifen-Dauernarkose und andere Hypnotica (Hyoscin, Opiate) und Sedativa, endlich die Einschlaf- und Schlafstörungen (Paraldehyd, Veronal u. a. m.). Nie dürfen die Mittel dem Kranken selbst ausgehändigt werden; auf die Gefahren der Gewöhnung und chronischer Vergiftung wird hingewiesen. Des Cocains wird als Diagnosticum gedacht, ebenso der Therapie interkurrenter Erkrankungen (Kardiaca, Diaphoretica, Antineuralgica). Bei Psychopathen und Dégénérés soll man mit Narcoticis und Heroicis vorsichtig sein. Endlich wird die Organotherapie bei endokrinen Erkrankungen besprochen. *G. Ewald* (Erlangen).

Freud, Paul: Beitrag zur Therapie der Enuresis nocturna. (Vorl. Mitt.) (*St. Anna-Kinderspit., Wien.*) Med. Klinik Jg. 21, Nr. 46, S. 1729—1730. 1925.

Verf. ging von der seit den Headschen Untersuchungen bekannten Tatsache aus, daß eine reflektorische Sympathie zwischen den inneren Organen und jenen Hautzonen bestehe, die ihre sensiblen Nerven dem gleichen Rückenmarkssegment zusenden. Bei Erkrankung des inneren Organs reagiert die betreffende Hautzone mit Hyperästhesie; in umgekehrter Weise läßt sich durch Reizung einer solchen Hautzone am inneren Organ Hyperämie und dadurch sekundär gesteigerte Funktion erzielen.

Digitized by Google

Ein kräftiger, kurz einwirkender Kältereiz vermag langanhaltende Hyperämie hervorzurufen, und so versuchte Verf. bei 23 Enuretikern, durch gründliche Choräthylvereisung der der Blase entsprechenden Headschen Zonen die Enuresis zu beeinflussen. Die Vereisung wurde über dem Kreuzbein (die Blase wird vom 2.—4. Sakralsegment innerviert), in einigen wenigen Fällen dicht über der Symphyse durchgeführt; die vereiste Fläche entsprach der Größe eines Handtellers. Im allgemeinen genügten 1—2 Vereisungen (Abstand von 3—4 Tagen), um ein Sistieren des Leidens zu erzielen. Nur 2 Fälle blieben unbeeinflußt. Möglich, daß ein suggestives Moment eine Rolle spielt, wofür die Dauer der Heilwirkung, die in keinem Verhältnis zu der der Hyperämie steht, spricht. *Kurt Mendel.*

Spezielle Neurologie.

Meningen:

Preioni, Carlos: Die Übererregbarkeit des Zentralnervensystems in der Diagnostik der Meningitis. Rev. de la asoc. méd. argentina (Soc. de méd. interna) Bd. **37**, Nr. 243, S. 653—662. 1924. (Spanisch.)

Als Frühsymptom bei Meningitis bezeichnet Verf. die „latente Hypertonie und Hyperästhesie", die er durch folgenden Kunstgriff zur Erscheinung bringt: Bei dem in Rückenlage befindlichen Kranken werden wiederholt rasch hintereinander der Kopf gegen die Brust und der Rumpf im Becken gebeugt und gestreckt. Fast augenblicklich tritt eine Rigidität fast der gesamten Muskulatur ein; auch Kernig, Brudzinski und Babinski können dann häufig ausgelöst werden. Ferner tritt eine Hyperästhesie in gewissen Körperbezirken auf. Diese Erscheinungen finden sich, wie 3 mitgeteilte Fälle zeigen, bereits zu einer Zeit, in der andere Meningitissymptome noch nicht bestehen, zuweilen sogar eher als die Liquorveränderungen. Das einzige, noch früher auftretende Symptom der Meningitis ist der Kopfschmerz, der auch bei sonstigen unklaren Erscheinungen den Verf. zur Vornahme seiner Prüfung veranlaßt hat. *Reich* (Breslau).

Negru, Elena: Die Bedeutung der Dosierung von Chloriden in der Spinalflüssigkeit für die Diagnose der Meningitiden bei Kindern. (*Clin. infant., univ., Cluj.*) Clujul med. Jg. **6**, Nr. 9/10, S. 375—376. 1925. (Rumänisch.)

Die Werte unter 0,59% (hipo) können als pathognomonisch für Meningitis-Abc. betrachtet werden. Bei Meningitis epidemica sind die Chloride vermehrt. Bei Poliomyelitis anterior haben die Chloride normale Werte. *Urechia* (Klausenburg).

Zoeller, Chr.: Méningite cérébro-spinale à rechutes. Début sous forme d'une réaction méningée aseptique de longue durée. Des variations de la glycorachie; l'aniso-glycorachie. (Rezidivierende Meningitis cerebrospinalis. Beginn unter der Form einer langdauernden Meningealreaktion. Variationen der Glykorhachie; die Aniso-Glykorhachie.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **41**, Nr. 35, S. 1473—1482. 1925.

Mitteilung eines Falles. Die Meningitis cerebrospinalis trat in 3 Etappen auf, die erste dauerte etwa 8 Tage, zeigte sich unter der Form einer Meningealreaktion mit klarem, aseptischem Liquor, leichter, flüchtiger Hyperalbuminose; die zweite Phase folgte nach ca. 20 Tagen und zeigte im Liquor spärliche Diplokokken; nach 2monatiger Pause trat eine längere und schwerere Phase mit Meningococcus A im Liquor auf. Schließlich nach wiederholten ausgiebigen Lumbalpunktionen, Serum- und Vaccinetherapie völlige Heilung. *Kurt Mendel.*

Maloens: Sur la curabilité de la méningite purulente septique d'origine otitique. (Über die Heilbarkeit der septischen eitrigen Meningitis otitischen Ursprungs.) Rev. de laryngol., d'otol. et de rhinol. Jg. **46**, Nr. 21, S. 717—726. 1925.

Die otogenen eitrigen Meningitiden sind heilbar durch sehr ausgiebige Liquorentnahmen, welche das Zentralnervensystem entlasten, möglichst viel infektiöse und toxische Substanzen hinausschaffen, eine intensive Produktion frischen Liquors und in diesem neuen Liquor die Filtration eines Maximums von Blutantikörpern, Antisepticis und medikamentösen Antitoxicis begünstigen. Unter diesen Medikamenten scheint die Kombination von Formin und Jod ein sehr wertvolles Heilmittel zu sein. Die medikamentöse intralumbale Injektion ist zu verwerfen, zumal sie nur eine ganz

Digitized by Google

minimale direkte Heilwirkung bei den Meningitiden auszuüben vermag und indirekt auf dem Blutwege wirkt. *Kurt Mendel.*

Martino, Pedro J.: Eine der Ursachen der fulminanten Form der otogenen Meningitis ist die Otitis mucosa. Anales de la fac. de méd. (Montevideo) Bd. **10**, Nr. 6, S. 508 bis 514. 1925. (Spanisch.)

Unter besonderer Anerkennung der chirurgisch-otologischen Leistungen der Wiener Klinik bespricht Verf. das daselbst erstmalig beschriebene Krankheitsbild der Otitis mucosa, das vom Streptococcus mucosus oder auch vom Pneumokokkus hervorgerufen wird. Es zeichnet sich durch schleichenden, fast unbemerkten Verlauf aus, führt aber, wenn nicht erkannt und entsprechend behandelt, unfehlbar zu schwerster Zerstörung des Knochens und schweren Komplikationen von seiten der Dura, des Sinus oder des Gehirns. Nach sehr schnellem Abklingen der akuten Entzündungserscheinungen am Ohre tritt eine scheinbare Heilung ein. Der Patient empfindet höchstens eine gewisse Schwere im Kopfe, die Hörschärfe ist etwas herabgesetzt; jedoch findet man bei genauerer Beobachtung, daß die Temperatur nicht ganz zur Norm zurückgeht. Otoskopisch: am Trommelfell leichte radiäre Gefäßfüllung, Hyperämie des hintern oberen Quadranten, allgemeine Trübung. Paracentese fördert entweder gar keine oder höchstens eine geringe Menge schleimiger Flüssigkeit zutage. Trotz Behandlung Andauern dieses Zustandes, u. U. viele Wochen lang. Plötzlich eines Tages Mattigkeit, ständig zunehmender Kopfschmerz, erneute Temperatursteigerung Otoskopisch: Anschwellung der hintern oberen Gehörgangswand. Trepanation des Warzenfortsatzes zeigt völlige Zerstörung des Knochens, der durch von schleimigem Sekret umgebene Granulationen ersetzt ist. Häufig sind Dura oder Sinus freigelegt. — Zur Vermeidung dieser Komplikationen ist sorgfältige Beobachtung des Patienten nach Abklingen der akuten Entzündungserscheinungen am Ohre und sofortige Trepanation bei zu langer Dauer des subfebrilen oder febrilen Zustandes oder bei Schwellung der hintern obern Gehörgangswand nötig. Der Streptokokkus mucosus fand sich bei ausgedehnten Liquoruntersuchungen nur im Liquor von Patienten, die an Otitis mucosa litten. *Reich* (Breslau).

Boenninghaus, Georg: Meningitis serosa ac. nach otitischer Labyrinthitis unter dem Bilde eines Kleinhirnabscesses verlaufend, Heilung durch Spaltung der Kleinhirndura. Nachfolgende Entwicklung einer Meningocele in den Gehörgang, wahrscheinlich aus der abgeschlossenen seitlichen Ponszisterne heraus. (*St. Georgs-Krankenh., Breslau.*) Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **13**, H. 1, S. 1—6. 1925.

Verf. berichtet über einen Patienten, der von Kindheit auf an eitriger Otitis media linksseitig litt. Im Mai 1924 erkrankte er nach einer Mandelentzündung an Schwindel, Erbrechen, Taubheit links und Nystagmus beim Blick nach rechts, außerdem bestand noch eine linksseitige Facialislähmung. Da man annahm, daß der Eiter aus dem Mittelohr in das Labyrinth durchgebrochen sei, wurde die Radikaloperation mit anschließender breiter Labyrintheröffnung ausgeführt. Es entleerte sich aus dem Antrum unter Druck Eiter. Die Operation wurde gut überstanden. 3 Wochen später bekam der Patient Fieber, Bradykardie, grobschlägigen Nystagmus bei Blick nach links, er war benommen und ließ unter sich. Da man einen linksseitigen Kleinhirnabsceß jetzt annahm, legte man aus der alten Operationshöhle her die Dura der hinteren Pydamidenfläche frei, fand die Dura rot und verdickt und punktierte das Cerebellum, aber ohne Erfolg. Dann wurde die Dura vom inneren Gehörgang bis zum Sinus sigmoideus gespalten und das Cerebellum tief incidiert. Kein Eiter. Der Patient erholte sich, die Symptome gingen zurück; es entwickelte sich allerdings vorübergehend ein Kleinhirnprolaps. Aus dem Gehörgang eiterte es stark wegen Sequestrierung der Labyrinthhöhle. Im August 1924 bemerkte man vom Gehörgang aus eine kleine Vorwölbung, auf welcher aber eine horizontale Narbe zu beobachten war. Es war die prolabierte Dura, also eine Meningocele. Durch eine Sequesterextraktion entzündete sie sich und platzte am 3. Tage. Es entleerte sich klarer Liquor und die Wunde schloß sich auch in 14 Tagen. Dieses Spiel wiederholte sich noch 4 mal, immer durch äußere Noxen hervorgerufen; im übrigen geht es dem Patienten sehr gut. Nach Ansicht des Verf. bildete die Meningocele in diesem Falle einen abgeschlossenen Sack, der so zustande gekommen war, daß die seitliche Ponszisterne durch Verklebung der Pia mit der Arachnoidea an der Schädelbasis infolge der anfänglichen Meningitis serosa zu einer Cyste abgeschlossen wurde. Der Plexus chorioideus der Ponszisterne sezernierte Liquor

Digitized by Google

in die Cyste, und zwar in erhöhtem Maße, so oft durch äußere Noxen eine lokale Meningitis in der Cyste entstand. *Otto Schwab* (Breslau).

Bonaba, José, Enrique Porto Pereira und Luis María Petriello: Die Meningitis durch Insolation. Arch. americ. de med. Bd. 1, Nr. 4, S. 126—133. 1925. (Spanisch.)

Verff. beobachteten bei 3 Kindern (9, 10, 13 Jahre) folgendes Krankheitsbild: Nachdem die Kinder an ungewöhnlich heißen Tagen sich stundenlang der Sonne ausgesetzt hatten, brach plötzlich unter Kopfschmerzen und Erbrechen eine meningitisartige Erkrankung aus, die einen gutartigen Verlauf nahm, die üblichen Meningitissymptome nur leicht bzw. vorübergehend zeigte und schnell in völlige Heilung überging. Die bei Meningitis sonst in Betracht kommenden ätiologischen Faktoren (Tbc., Meningokokken usw.) konnten nicht nachgewiesen werden, ebensowenig andere Krankheiten, die unter dem Bilde einer Meningitis auftreten können. Der Liqour zeigte hochgradige Zellvermehrung (400, 600, 750 Zellen im Kubikmillimeter), bei der zumeist die Lymphocyten vorwogen. Zwei der Kinder zeigten an der Haut der unbedeckten Körperteile ausgesprochene, auf Sonnenbestrahlung zu beziehende Veränderungen (Erythem, Pigmentation). Man muß als Ursache der Meningitis die Insolation betrachten, wofür auch Erfahrungen anderer Forscher sprechen. Das gemeinsame Befallensein der Haut und des Zentralnervensystems beziehen die Verff. auf die Bevorzugung des Ektoderms durch gewisse pathogene Faktoren und bringen ihre Fälle in Analogie zu den von Levaditi beschriebenen „neurotropen Ektodermosen". *Reich* (Breslau).

Alexander, G.: Die Klinik der otogenen Thrombophlebitis des Sinus cavernosus. (*Allg. Poliklin., Wien.*) Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. Jg. 59, H. 9, S. 971—976. 1925.

Meist ist die Cavernosusphlebitis eine Komplikation 2. Ordnung, d. h. wenn die Mittelohreiterung schon zu Felsenbein- oder Schneckeneiterung oder zu Hirnabsceß oder Meningitis geführt hat. Unter den Meningitiden sind besonders solche mit Hauptherden am Clivus und an der Hypophyse, mitunter auch Tbc.-Meningitis vertreten, außerdem kommen auch endodurale Abscesse in Frage. Direkt von der Mittelohreiterung als Komplikation 1. Ordnung kommt die Cavernosusphlebitis als otogene endokranielle Früherkrankung vor, sie ist therapeutisch aussichtsvoll, weil in der Bekämpfung der Thrombophlebitis auch ein Schutz gegen die Meningitis gelegen wäre. Die Erkrankung ist nach autoptischen Feststellungen viel häufiger als erwartet. Gerade in den therapeutisch günstigen Frühfällen ist eine exakte Diagnose nicht möglich, eindeutig ist sie nur bei Spätkomplikationen. *K. Löwenstein* (Berlin).

Jaensch, P. A.: Thrombose der Sinus cavernosi. (*Univ.-Augenklin., Breslau.*) Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 75, Sept.-Okt.-H., S. 375—381. 1925.

Verf. bringt die Krankengeschichte eines 47jährigen Epileptikers. Innerhalb von drei Tagen entwickelt sich bei dem sonst gesunden Mann Exophthalmus, stärkste Chemosis und hochgradige Beweglichkeitsbeschränkung der Bulbi. Später ausgedehnte Blutungen der Netzhaut unter dem Bilde der Thrombose des Zentralvenenstammes. Die Ursache dieser Thrombose wird nach Ausschluß aller sonstigen Möglichkeiten in einer vor 6 Monaten erlittenen Schädelbasisfraktur vermutet. *Pette* (Hamburg).

Körperflüssigkeiten:

Ayer, James B.: Cerebrospinal fluid pressure from the clinical point of view. (Der Liquordruck vom klinischen Standpunkt aus.) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 14, Nr. 4, S. 440—448. 1925.

Durch intravenöse Injektion hypotonischer Lösungen soll der Liquordruck zu steigern, durch hypertonische Gaben zu verringern sein. (Keine Dosierungsangaben, kein zahlenmäßiges Beweismaterial.) Es empfiehlt sich, die Druckmessungen, bei denen der Verf. einen Wassermanometer bevorzugt, nach Ablauf von je 2 mal 5 ccm zu wiederholen. Im Gegensatz zu den Befunden deutscher Autoren wurde beim Liegen der Druck bei der Lumbal-, bei der Zisternen- und Ventrikelpunktion gleich gefunden. Im übrigen bekannte allgemeine Erörterungen. *F. Georgi* (Breslau).

Coleman, Claude C.: Determination of local compression as an indication for laminectomy in acute injury of the spinal cord. (Nachweis lokaler Kompression zur Indikationsstellung der Laminektomie bei akuter Schädigung des Rückenmarks.) (*Dep.*

Digitized by Google

of neurol. surg., med. coll. of Virginia, Richmond.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 15, S. 1106—1110. 1925.

Bei Verletzungen der Wirbelsäule ist es im allgemeinen nicht möglich, von vornherein die Ausdehnung einer Rückenmarksschädigung zu erkennen. Nur bei schwerer Deformität der Wirbel gibt das klinische Bild oder die Röntgenplatte gleichzeitig auch über den Grad der Rückenmarksschädigung einigen Aufschluß. In denjenigen Fällen, bei denen kleine Knochensplitter die Dura verletzt oder das Mark geschädigt bzw. eine ödematöse Schwellung des Markes oder extra- und intradurale Blutansammlungen — oft erst nachträglich — zu einer Leitungsunterbrechung geführt haben, sind noch weitere Untersuchungen erforderlich, um festzustellen, ob ein kompletter Block vorliegt oder nicht. Diese Frage entscheidet das Queckenstedtsche Symptom (Prüfung des Liquordruckes nach vorübergehender Kompression der Halsvenen) oder die kombinierte Zisternen- und Lumbalpunktion nach Ayer; das Lipiodolverfahren gibt hierbei weniger gute Resultate. Spricht der Ausfall dieser Prüfungen für eine schwere Kompression, so soll man unbedingt laminektomieren. Auch bei in die Tiefe gehenden Wunden im Gefolge einer Wirbelsäulenverletzung ist die Laminektomie angezeigt.

Aussprache: Alfred W. Adson hält den Queckenstedtschen Versuch für außerordentlich brauchbar; er habe ihm bei Fällen von Rückenmarkstumor den Nachweis einer Kompression erbracht, die neurologisch einen negativen Befund aufwiesen. *Taterka* (Berlin).

Fremont-Smith, Frank, and Mary Elizabeth Dailey: Cerebrospinal fluid chlorids. (Der Chloridgehalt des Liquors.) (*Neurol. laborat., Massachusetts gen. hosp., Boston.*) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 14, Nr. 4, S. 509—512. 1925.

Normalerweise enthalten 100 ccm Liquor 720—750 mg NaCl. Der Gehalt ist im Lumbalsack, in der Zisterne und im Ventrikelliquor der gleiche. Je größer der Proteingehalt des Plasmas im Verhältnis zum Liquor ist, desto größer auch die NaCl-Mengen im Liquor. Eine Herabsetzung des Chloridgehalts unter 600 mg scheint dem Verf. für die Verhältnisse bei tuberkulöser Meningitis charakteristisch, besonders wenn gleichzeitig auch der Zuckergehalt bei bestehender Lymphocytose erniedrigt ist. Werte zwischen 630—680 fand er bei akuter Meningitis, bei der gleichzeitig ein rapider Zuckersturz einzusetzen pflegt, während normale oder kaum erniedrigte Werte gegen die genannten Erkrankungen sprechen. Normale Werte wurden hingegen bei Encephalitis und bei nicht komplizierten Hirnabscessen gefunden. *F. Georgi* (Breslau).

Cestan, Sendrail et Lassalle: Les modifications de l'équilibre acide-base du liquide céphalorachidien dans les acidoses expérimentales. (Die Änderungen des Säure-Basegleichgewichtes im Liquor cerebrospinalis bei experimentellen Acidosen.) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. 93, Nr. 26, S. 475—478. 1925.

Bei durch Morphiumchloroform erzeugter Acidose steigt die Wasserstoffionenkonzentration sowohl im Blut wie auch im Liquor stark an, die Werte für die Alkalireserve nehmen parallel dazu erheblich ab. Die Acidose kann im Liquor sogar noch stärker ausgeprägt sein als im Blut. Bei durch intravenöse Injektion von verdünnter Salzsäure hervorgerufener Acidose besteht demgegenüber nur im Blut eine Acidose mit erniedrigten p_H- und Alkalireserve-Werten, während die entsprechenden Werte im Liquor unverändert bleiben, die H-Ionenkonzentration oft sogar eine Tendenz zur leichten Senkung aufweisen kann. *György* (Heidelberg).°°

Fornara, Piero: Le modificazioni del liquido cefalo-rachidiano nelle paralisi postdifteriche. (Die Veränderungen des Liquor cerebrospinalis bei postdiphtheritischer Lähmung.) (*Osp. infant. „Cesare Arrigo", Alessandria.*) Clin. pediatr. Jg. 7, H. 9, S. 547—566. 1925.

Bei 5 Fällen von postdiphtheritischer Lähmung wurde der Liquor untersucht. Es fanden sich Vermehrung der Globuline, manchmal auch des Gesamteiweißes, ferner des Zuckers, selten auch leichte pathologische Kurven der Benzoereaktion. Verf. geht auf die Bedeutung der Befunde ein. *V. Kafka* (Hamburg).

Šebek, J.: Kolloide Benzoe-Reaktion. Rev. v. neurol. a psychiatrii Jg. 22, Nr. 9, S. 300—304. 1925. (Tschechisch.)

Die Benzoe-Kolloidreaktion ist technisch leicht durchzuführen und jedem Praktiker zugänglich. Sie übertrifft an Empfindlichkeit in der Diagnostik der Nervenlues

Digitized by Google

sogar die WaR. Neben derselben ausgeführt, bietet sie ein wertvolles Element des humoralen Syndroms, sie orientiert weiter über die Intensität und Evolution des bestehenden Prozesses. *O. Wiener* (Prag).

Cockrill, J. R.: Comparison of gold chlorid, benzoin and mastic tests on cerebrospinal fluid. (Vergleich der Goldsol-, Benzoe- und Mastixreaktion im Liquor.) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **14**, Nr. 4, S. 455—467. 1925.

Die Reaktionen mit 400 Liquoren ausgeführt, ergaben in 384 Fällen völlige Übereinstimmung. Als feinster Indicator erwies sich in Übereinstimmung mit den meisten Erfahrungen in Deutschland die Goldsolreaktion. Die Resultate der Mastixreaktion decken sich mit denen der Benzoereaktion, die letztere zieht Verf. wegen ihrer besonders einfachen Handhabung vor. *F. Georgi* (Breslau).

Dumas, A.: Traitement des troubles cérébraux des hypertendus par des injections intra-veineuses hyper-ou hypotoniques. (Behandlung der Hirnstörungen bei Hypertension mit intravenösen hyper- oder hypotonischen Einspritzungen.) Lyon méd. Bd. **136**, Nr. 41, S. 427—431. 1925.

Bei Hypertonie sind fast immer vorhanden Kopfschmerzen, die mehr oder minder lokalisiert sind, meist nachts auftreten und zuweilen über einen großen Teil des Tages sich hinziehen, sie werden gewöhnlich geringer, wenn Patient aufsteht, indem die aufrechte Position sie zuweilen schwinden läßt oder wenigstens bessert. Ferner bestehen Schwindel, Gefühl des Nebels vor den Augen, temporäre Amnesien, die mit zirkulatorischen Störungen im Gehirn infolge Druckschwankungen in Zusammenhang stehen. Die cerebralen Störungen können Vorläufer von Apoplexien oder Hirnerweichungen sein. Die Feststellung der Retinalzirkulation sowie die Messung des Liquordrucks zeigen uns den Grad des Blutdrucks im Gehirn an. Die Hirnstörungen bei Hypertension beruhen gewöhnlich auf einem Mißverhältnis zwischen dem cerebralen und dem allgemeinen Blutdruck. Um den Liquordruck zu vermindern, sind intravenöse Injektionen (10—20 ccm) einer hypertonischen (40% Glykoseserum), um ihn zu erhöhen, solche einer hypotonischen Lösung (destilliertes Wasser) notwendig. In mehreren Fällen von Hirnstörungen bei Hypertonie hatte Verf. gute Erfolge mit Injektionen einer hypertonischen Lösung, die jeden 2. Tag wiederholt wurden. Sie sind den Lumbalpunktionen und dem Aderlaß vorzuziehen. Ist der Liquordruck verhältnismäßig niedriger als der Blutdruck, so sind hypotonische Injektionen anzuwenden. *Kurt Mendel.*

Blaschke, F., und G. Herrmann: Zur Frage der Hirnnervenschädigungen nach Lumbalanästhesie. (*Chir. Klin. u. psychiatr. Klin., dtsch. Univ. Prag.*) Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 45, S. 1685—1686. 1925.

Nach Lumbalanästhesie ist der Abducens am häufigsten geschädigt, seltener der Trochlearis oder Oculomotorius. Die Lähmungen treten zwischen dem 5. und 12. Tage nach der Operation auf. Verff. teilen einen Fall mit, in welchem nach der Lumbalanästhesie Kopfschmerzen, Ohrensausen, Erbrechen, dann Abducensparese rechts, Cornealareflexie rechts, Hypästhesie im Bezirke aller 3 Trigeminusäste rechts, deutliche Facialisparese rechts, links angedeuteter Babinski, Nystagmus geringen Grades auftraten. Die Symptome deuteten auf eine Liquoransammlung in der Kleinhirnbrückenwinkelgegend (Meningitis serosa circumscripta Báránys). Verff. nehmen an, daß auch die Abducensparese durch eine Meningitis serosa circumscripta bedingt ist, die dadurch zustande kommt, daß es infolge der meningealen Reizung zu einer Arachnitis mit sekundären Verklebungen kommt. Hiergegen wäre erneute Lumbalpunktion anzuwenden. Die Folgeerscheinungen an den Hirnnerven nach Lumbalanästhesie sind wohl auf Reizwirkungen im Sinne einer aseptischen Meningitis zurückzuführen. *Mendel.*

Simionescu, Ion I.: Über die Zufälle bei Lumbalanästhesie. Spitalul Jg. **45**, Nr. 12, S. 454—457. 1925. (Rumänisch.)

Verf. veröffentlicht 4 Unfälle infolge Novocain-Lumbalanästhesie bei einer Zahl von 2428 Fällen. 1. Eine Synkope. Nach $1^1/_2$ mg Adrenalin intravenös Erholung und Genesung. 2. Eine tödliche Herzsynkope. Die Kranke hat einige Tropfen Chloroform bekommen. 3. Eine respiratorische Synkope. Die Kranke erholt sich, aber bleibt im Koma, und nach 10 Stunden stirbt sie. 4. Eine septische Meningitis bei einer Frau, die an latenter Meningitis litt. Die Sterbefälle nach der Lumbalanästhesie sind laut der Statistik des Verf. ca. $1^0/_{00}$. *Urechia* (Klausenburg).

Digitized by Google

Großhirn:

Encephalitis:

Browning, William: Epidemic encephalitis. A common etiologic factor, and its importance in prevention. (Epidemische Encephalitis. Ein häufiger ätiologischer Faktor derselben, Wichtigkeit seiner Vorbeugung.) (*Long Island coll. hosp., Brooklyn.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 18, S. 1394—1397. 1925.

Einer der wichtigsten ursächlichen Faktoren der epidemischen Encephalitis ist nach Ansicht des Verf. die Übermüdung und Erschöpfung des Organismus, gleichgültig, ob die Krankheit auf ein spezifisches Virus zurückzuführen ist oder nicht. Es wird darauf aufmerksam gemacht, daß der Nachweis der Erschöpfung, die dem Ausbruche der Erkrankung vorausgeht, oft sehr schwierig ist und danach sehr sorgfältig gefahndet werden muß. 14 Fälle werden aufgeführt, in denen die genannten Faktoren, ungewöhnlich schwere Arbeit, langes Verweilen in schlechter Luft, Excesse verschiedener Art, lange Zeit verkürzte Nachtruhe, deutlich zu sein schienen. Mit der Bekämpfung der Überlastungsschäden, zu denen das moderne Leben reichlich Anlaß gibt, wird eine gewisse Prophylaxe gegen die Encephalitis geschaffen. *F. Stern.*

Stern, F., und A. Grote: Bemerkungen über die Konstitutionsfrage bei der epidemischen Encephalitis. (*Univ.-Klin. f. psychische u. Nervenkrankh., Göttingen.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 75, H. 2/3, S. 235—255. 1925.

Stern und Grote fanden, daß die Mehrzahl der von ihnen untersuchten Fälle von Encephalitis lethargica vor Beginn der Erkrankung nervengesunde Menschen waren. Auch in bezug auf Heredität war nichts Wesentliches nachweisbar. Ein gewisser Teil der Kranken bot Zeichen von Infantilismus. Überwiegen des männlichen Geschlechts wurde mehrfach, aber nicht in allen Epidemien gesehen. *Otto Maas* (Berlin).

Kaneko, Renjiro: On the epidemic encephalitis, which occurred in Japan in 1924. (Epidemische Encephalitis in Japan i. J. 1924.) Japan med. world Bd. 5, Nr. 9, S. 237—241. 1925.

Ob die 1924 in Japan beobachtete epidemische Encephalitis mit der Enc. lethargica bzw. unserer epidemischen Encephalitis identisch ist, bleibt, wie Verf. ausführt, zweifelhaft; klinisch bestehen jedenfalls erhebliche Differenzen. Verf. beobachtete über 50 Fälle. Die Erkrankung setzt nach kurzen allgemeinen Prodromen mit oft hohem Fieber ein, dazu kommen Bewußtseinsstörungen, die zu tiefem Koma führen können; echte Schlafsucht ist seltener. Der Patient liegt teilnahmslos in Bett, zeigt leichte Beugecontractur und Rigor in den Armen und zahlreiche meningitische Symptome wie Nackensteifigkeit, Kernig, Überempfindlichkeit, aber alle diese meningitischen Symptome gewöhnlich in mildem Grade, weniger als bei epidemischer Genickstarre. Die Fieberkurve verläuft in verschiedenen Typen, plötzlich hohes Fieber mit Schüttelfrost, gradweiser Fieberanstieg bis 39—40°, Fieberdauer 9—14 und mehr Tage, mitunter kritischer Fiebersturz. Kopfschmerzen und andere Schmerzen häufig, initial oft Erbrechen, mitunter Singultus. Unwillkürliche Bewegungen, auch myoklonusartige Zuckungen und athetoide Bewegungen kommen vor, Extremitätenlähmungen (schlaff und spastisch) in 30%, Eigenreflexe anfangs lebhaft, später schwindend. Babinski ist gewöhnlich negativ. Augenmuskellähmungen fehlen gewöhnlich. Liquor oft unter hohem Druck, deutliche Pleocytose und Eiweißvermehrung, meist klarer Liquor, Zucker- und Salzgehalt physiologisch, oft positive Goldflockung. Im Blut meist starke Vermehrung der Leukocyten mit relativer und absoluter Lymphopenie und Aneosinocytose im Höhestadium. Gelegentlich Herpes. Selten Leberfunktionsstörungen. Mortalität nach offizieller Statistik in 55,6%, in der Klinik 48% mit abortiven Fällen 38,7%. Folgeerscheinungen nicht selten; genannt werden Hemiplegie und andere Lähmungen, Gedächtnisschwäche und andere seelische Störungen, Schwerhörigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel usw. Parkinsonsymptome sollen selten beobachtet worden sein. Kein anatomischer Befund. *F. Stern* (Göttingen).

Digitized by Google

Graziani, Aldo: Alterazioni del fegato e patogenesi delle sindromi amiostatiche postencefalitiche. (Leberveränderungen und Pathogenese des postencephalitischen amyostatischen Syndroms.) (*Manicomio dell'osservanza, Imola.*) Policlinico, sez. med. Jg. **32**, H. 11, S. 573—588. 1925.

Eine Übersicht über die Literatur ergibt, daß sich bei 42 von 75 Patienten mit postencephalitischen Zuständen eine oft nur sehr leichte Störung der Leberfunktion fand. Von 12 anatomisch untersuchten Fällen zeigten 6 Veränderungen am Leberparenchym mit cirrhotischen Erscheinungen. Verf. selbst hat 11 Patienten mit Encephalitis, von denen 8 ein Parkinsonsyndrom, 3 vor allem psychische Veränderungen boten, auf Leberfunktionsstörungen untersucht. Er wandte dazu an die Bestimmung von Urobilin und Urobilinogen, Haysche Probe, Natriumsalicyl-Probe, die Proben nach Filinski und Widal sowie die Untersuchung auf alimentäre Glykosurie. Es fand sich: Urobilinogenurie in einem Fall, leichte und flüchtige alimentäre Glykosurie in 4 Fällen, Filinski und Widal in je 2 Fällen positiv. Nur in 3 Fällen waren 2 Proben positiv, nur in einem Falle mehr als 2 der Proben. Bei 3 anatomisch untersuchten Fällen fand sich 2mal eine sehr geringe, einmal eine mäßige degenerative Verfettung der Leber. Diese Befunde waren aber auf von der Encephalitis unabhängige Krankheitszustände (z. B. Sepsis) zurückzuführen. Verf. lehnt sowohl eine Verursachung der cerebralen Veränderungen durch eine Lebererkrankung wie auch eine Entstehung von Gehirn- und Leberveränderungen auf gemeinsamer Grundlage ab. Es sei aber vielleicht möglich, daß infolge einer Lebererkrankung Toxine in das Gehirn gelangten, die als rein unterstützender Faktor eine Verschlimmerung des dort ablaufenden Entzündungsprozesses verursachten. *Hans Strauss* (Frankfurt a. M.).

Paulian, Dem.: Troubles oculaires paradoxaux au cours des séquelles de l'encéphalite léthargique et du parkinsonisme. (Paradoxe Augenstörungen im Verlauf der Folgeerscheinungen der Enc. leth. und des Parkinsonismus.) (*Serv. neurol., hôp. central, Bucarest.*) Paris méd. Jg. **15**, Nr. 46, S. 409—411. 1925.

Verf. beschreibt verschiedene Symptome, die er bei mehreren Kranken mit chronischer Encephalitis gesehen hat: salvenweise Entladungen rhythmischer sehr rascher Blinzelkrämpfe bei gleichzeitigen rhythmischen Bewegungen der Lippenmuskulatur und der Finger einer Seite, ferner die bekannten tonischen Blickkrämpfe (Spasmen), alternierend mit Lidschlußkrämpfen, außerdem ein Symptom, das als „paradoxer Dystonismus" bezeichnet wird: die geschlossenen Augen bleiben krampfhaft geschlossen und können längere Zeit nicht geöffnet, die geöffneten Augen nicht auf Kommando geschlossen werden; gleichzeitig tonische Krämpfe der Lippen, gleichzeitig mit Öffnung der Augenlider, Mundöffnung und verwaschen lallender Sprache. Es handelt sich um organische Störungen, die in die basalen Ganglien in die Nähe der Stellen, deren Läsion paradoxe Kinesie bedingt, lokalisiert werden. *F. Stern.*

Obarrio, Johannes: Ist die Diplopie bei der epidemischen Encephalitis immer paralytisch? Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. **75**, Sept.-Okt.-H., S. 455—459. 1925.

Verf. beobachtete in einem Falle eine besondere Diplopie und Schielstellung der Augen, die nur beim Erwachen aus dem Schlafzustande bestand und darauf zurückgeführt werden konnte, daß die physiologische Schlafstellung der Bulbi (Drehung der Bulbi nach oben bei gleichzeitiger Divergenz) beim Erwachen nicht so schnell wie beim Gesunden ausgeglichen werden konnte. Vielmehr blieb noch kurze Zeit Divergenzstellung des Bulbi. Verf. nennt diese Störung Diplopia lethargica. *F. Stern* (Göttingen).

Stella, Pietro: Emiplegia alterna dell'oculo motore esterno nell'encefalite epidemica. (Hemiplegia alternans des Abducens bei Encephalitis epidemica.) (*Clin. oculist., univ., Palermo.*) Lettura oftalmol. Jg. **2**, Nr. 6, S. 241—247. 1925.

Bei der Kranken hat sich nach 10tägigen Prodromen in Form von allgemeinem Krankheitsgefühl und starken Kopfschmerzen eine Parese des linken Abducens und der rechtsseitigen Extremitäten bei gleichzeitiger Neuritis optica entwickelt. Alle Krankheitserscheinungen sind nach 2 Monaten verschwunden. Verf. glaubt, eine epidemische Encephalitis als Grundlage annehmen zu sollen. *Hans Strauss* (Frankfurt a. M.).

Latkowski, J., und E. Artwiński: Über Polyurie nach Encephalitis. Polska gazeta lekarska Jg. **4**, Nr. 44, S. 928—933. 1925. (Polnisch.)

An einem 13jährigen Knaben mit psychischer Wesensveränderung postencephalitischer Herkunft wird die Polydipsie durch Stoffwechseluntersuchungen näherer Betrachtung unterworfen.

Digitized by Google

Verff. glauben hier von Diabetes insipidus hypochloraemicus sprechen zu dürfen. Er beruht nicht bloß auf Störung des Zentralnervenapparates, der die Wasserausscheidung besorgt, auch nicht allein auf Funktionsänderung der Niere, sondern ist Folge einer Allgemeinstörung des Mechanismus der ganzen Wasserwirtschaft. Letztere ist abhängig von der Niere, Lunge, Haut, Vorniere und nervösem Vasomotorenapparat. Kann ein Tier die Hälfte seines Gewichts straflos verlieren, so erkrankt es bei Verlust von 10% Wasser und stirbt bei Verlust von 20%. Die Ursache der postencephalitischen Polydipsie liegt in Affektion der vegetativen Centra am Boden des 3. und 4. Ventrikels.

Higier (Warschau).

Kwint, L. A.: Die psychologischen Profile der postencephalitischen Parkinsoniker. (*Staatl. ukrain. psychoneurol. Inst., Charkow.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **75**, H. 1, S. 67—80. 1925.

Verf. untersuchte 30 chronische Postencephalitiker nach der Methode von Rossolimo und stellte „psychologische Profile" auf. Es ergab sich eine Erniedrigung der allgemeinen psychischen Produktion, ungleichmäßig große Herabsetzung der Willenstätigkeit, insbesondere der Aufmerksamkeit, und im Gegensatz zu im übrigen sich ähnlich verhaltenden Paralysisa gitans-Kranken auch eine Mangelhaftigkeit der assoziativen Vorgänge (Auffassung, Kombination), ferner eine erhebliche Verlangsamung des Arbeitstempos.

Storch (Tübingen).

Acuña, Mamerto: Die Encephalitis lethargica beim Kind. (*Clin. pediátr. y puericult., fac. de med., univ., Buenos Aires.*) Semana méd. Jg. **32**, Nr. 42, S. 945—951. 1925. (Spanisch.)

2 Fälle bei 8- und 14jährigen Kindern werden skizziert. Trotz der Schwierigkeit der Diagnose kann als sicher gelten, daß Encephalitis lethargica auch schon nach den ersten Lebenswochen vorkommt und daß manche als epidemische Meningitis gedeutete Fälle des Frühkindesalters als Lethargica anzusprechen sind; desgleichen gewisse choreatische und choreiforme Zustände des Kindesalters.

Pfister (Berlin-Lichtenrade).

Navarro, Juan Carlos: Folgezustände der Encephalitis lethargica. Rev. de la asoc. méd. argentina Bd. **37**, Nr. 231, S. 7—18. 1925. (Spanisch.)

Da in den argentinischen Zeitschriften noch wenig Fälle veröffentlicht worden sind, in denen die Folgezustände der Encephalitis lethargica geschildert werden, bringt Verf. 2 Fälle von 10 Jahre alten Kindern mit einer ausführlichen Darstellung dieser Folgezustände. In dem einen Fall hat er als selteneres Symptom eine Atemstörung beobachtet, bestehend in einer intermittierenden Dyspnoë: Es stellten sich intermittierend rasch sich folgende, tiefe, geräuschvolle Atemzüge ein, ohne Cyanose, und ohne daß eine Schädigung des Gefäß- oder Atmungssystems den Grund für diese Erscheinung hätte abgeben können.

Ganter (Wormditt).

Stertz, G.: Encephalitis und Katatonie. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Marburg.*) Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. **59**, H. 3/4, S. 121—129. 1925.

Striäre und katatonische Motilitätsstörungen sind dem Wesen nach zu unterscheiden; sie spielen sich in verschiedenen Hirnregionen ab und betreffen verschiedene Systeme. Nur eine Strecke des Gesamtverlaufs ist beiden Symptomreihen gemeinsam, im übrigen sprechen die Erfahrungen bei Encephalitis nicht nur gegen die Identifizierung katatoner und striärer Bewegungsstörungen, sondern auch gegen die Annahme des subcorticalen Krankheitssitzes der Schizophrenie, wenn auch bei endogenen Psychosen gewiß die Stammganglien mitbetroffen sein können. Einen Stupor kataton. mit echter Rigidität hat Verf. nicht gesehen. Die Unterschiede zwischen der Katalepsie des Katatonikers und der des Encephalitikers werden beschrieben, ebenso die der anderen akinetischen und hyperkinetischen Symptome. Im Gegensatz zur Katatonie sprechen die psychomotorischen komplexeren Hyperkinesen der Encephalitiker dafür, daß von einem gestörten Subcortex aus ein im übrigen intaktes corticales Psychomotorium getroffen wird. Subcorticale Antriebsquellen des Psychomotoriums sind zuzugeben, doch ist der psychomotorische Ausfall bzw. Erregung bei Encephalitis anders als bei Katatonie; z. B. fehlt die zur Psychose führende Verallgemeinerung der Störungen, die Unberechenbarkeit wie bei den Motilitätspsychosen, die periphere

Digitized by Google

Komponente ist deutlicher, wie z. B. aus der Beseitigung der Hemmung durch Hyoscin hervorgeht. *F. Stern* (Göttingen).

Salzman, S. R.: Is encephalitis an infectious, epidemic disease? (Ist die Encephalitis eine infektiöse, epidemische Krankheit?) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **14**, Nr. 5, S. 638—648. 1925.

Verf. bezweifelt, daß die epidemische Encephalitis eine infektiöse Erkrankung ist, mit Rücksicht auf die oft langen Prodomalerscheinungen, den unregelmäßigen und protrahierten Verlauf der Erkrankung, das Fehlen eitriger Prozesse. Vielmehr spreche das klinische Bild für eine Toxämie. Die Grundlage letzterer glaubt Verf. in einer Gallenblasenerkrankung erblicken zu dürfen. Er teilt 10 Fälle mit encephalitischen Erscheinungen, bei denen an der Diagnose epidemischer Encephalitis nach seiner Meinung nicht zu zweifeln ist. Alle diese Fälle zeigten entweder zu gleicher Zeit oder auch der Encephalitis um Jahre vorausgehend oder folgend cholecystitische Erscheinungen, die zum Teil erst durch genaue Untersuchungen, z. B. Gallenblasendrainage, festzustellen waren. In 6 Fällen wurde die anatomische Veränderung der Gallenblase durch Operation festgestellt; 1 Fall starb, in den anderen trat rasche Heilung nach der Operation ein. *F. Stern* (Göttingen.)

Damaye, Henri, et Raymond Briau: Méningo-encéphalite atrophiante modérée et athérome intense chez une syphilitique à délire démentiel. (Mäßige atrophierende Meningoencephalitis und intensive Atheromatose bei einer Syphilitica mit paranoider Demenz.) Progr. méd. Jg. **53**, Nr. 34, S. 1251—1252. 1925.

56jähriger ♂. Vater an Paralyse gest., Schwester Epilepsie. Luetische Infektion. Seit 1922 psychische Störungen mit fortschreitendem geistigen Zerfall: große Geldausgaben, ziellose Reisen, Trunkexzesse, Verfolgungsideen, Erregungszustände. Schlaganfall (Näheres darüber nicht angegeben). Bei der Aufnahme völlig desorientiert. Fortschreitende Demenz. Steigerung des rechten Patellarreflexes. — Später Decubitus. Februar 1925 gest. Autopsie: Allgemeine schwere Atheromatose auch der Hirnarterien, kleiner Erweichungsherd im rechten Lob. occipitalis. Kleine lakunäre Herde in der Nähe der rechten Olive. Leichte fibröse Verdickung der Pia mater. Chronische Veränderungen und Schwund der Ganglienzellen. Gliazellvermehrung. Neuronophagie. Anatomische Diagnose: Mäßige atrophierende Meningoencephalitis und intensive Atheromatose des ganzen arteriellen Systems. *W. Runge* (Kiel).

Urechia, C. I., et N. Elekes: Sur un cas d'encéphalite tuberculeuse. (Über einen Fall von tuberkulöser Encephalitis.) Arch. internat. de neurol. Jg. **44**, Bd. **2**, Nr. 3, S. 88 bis 90. 1925.

Degenerativer Psychopath, Trinker, 24jährig, erkrankt subakut mit Kopfschmerzen, später Verwirrtheit alkoholischer Färbung (Beschäftigungsdelir, Suggestionshalluzinationen). Später Pyramidenerscheinungen, Hemiballismus, subfebrile Temperaturen, Koma. Die Autopsie ergibt zahlreiche Tuberkel in Meningen und Gehirnsubstanz, ferner Arteriitis tb. mit folgenden Erweichungsherden. Herde finden sich in Rinde, wie Py.-Bahn, Striatum und Hypothalamus. Histologisch typische tb. Meningitis und Tuberkel im Hirn sowie Arteriitis obliterans. Mikroglia um Tuberkel stark vermehrt, Zellen dringen tief in Tuberkel ein. Oligodendroglia oft in retikulierte Zellen mit Fettinhalt umgewandelt. *F. Stern* (Göttingen).

Cornwall, Leon H., and Charles A. McKendree: Torula infection of the central nervous system. Meningo-polio-encephalitis. (Torulainfektion des Zentralnervensystems. Meningopolioencephalitis.) Proc. of the New York pathol. soc. Bd. **25**, Nr. 1/5, S. 59—70. 1925.

50jährige Patientin erkrankt 8 Monate vor dem Tod acut mit Stirnkopfschmerz, Übelkeit, Erbrechen, Sehstörung, Doppeltsehen, doppelseitiger Ptosis. Es fand sich totale Ophthalmoplegie; später gesellten sich noch doppelseitige Störungen von seiten des 7.—10. und 12. Hirnnerven hinzu. Im Lumbalpunktat einige nicht näher identifizierte hefeartige Gebilde. Nur Hirnsektion erlaubt. Makroskopisch nur Hyperämie. Mikroskopisch weit verbreitete diffuse Meningopolioencephalitis. Vor allem in den weichen Häuten als Erreger anzusprechende runde, ovale und elliptische Körperchen. Sehr mannigfache Reaktion der Pia-Arachnoidea: teils nur Ödem, teils Zellwucherung, teils entzündliches Infiltrat (Lymphocyten, Polyblasten, Plasmazellen). Stellenweise Knötchen aus sehr schwach färbbaren endothelähnlichen Kernen ohne Nekrose, Riesenzellen oder Lymphocytenwall. In der Rinde Degeneration der Ganglienzellen und Trabantzellwucherung besonders in der 5. und 6. Schicht. Perivaskuläre Infiltrate auch in der weißen Substanz, besonders im Balken. Die hefeartigen Erreger waren nicht überall mit Sicherheit zu identifizieren, da sie besonders bei vorgeschrittenen Veränderungen von Gewebszellen sehr schwer zu unterscheiden sind. Da Kulturen nicht angelegt wurden,

Digitized by Google

ist eine genaue Bestimmung des Pilzes nicht möglich. Aber mit Rücksicht auf das Fehlen von Mycelien, Endosporen, Cysten, Abscessen und Leukocytenemigration und angesichts der bekannten Neigung der Torulaformen, das ZNS zu befallen, halten Verff. es für das Wahrscheinlichste, daß es sich um letztere handele. Es würde sich in diesem Fall um die 16. Beobachtung einer Torulainfektion handeln, wovon 14 das ZNS betrafen. Eintrittspforte dürfte der Respirationsapparat sein, Weiterverbreitung auf dem Blut- und Lymphweg, im ZNS längs der perivaskulären Lymphräume erfolgen. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Bouwdijk Bastiaanse, F. S. van: Encephalitis nach Kuhpockenimpfung. Geneesk. gids Jg. 3, H. 47, S. 1106—1112. 1925. (Holländisch.)

Vom 1. I. 1924 bis Ende Juli 1925 sind in Holland 36 Fälle von Encephalitis nach Kuhpockenimpfung diagnostiziert worden. Die Symptomatologie war in den meisten Fällen dieselbe: 10—11 Tage nach der Impfung Beginn der cerebralen Symptome: Erbrechen, Kopfschmerz, zunehmende Schlaflosigkeit, Fieber bis 40°; nach einigen Stunden somnolenter Zustand; die nächsten Tage Konvulsionen, zuweilen halbseitig oder in einer Extremität; Reflex von Babinski positiv; in einem Fall eine Hemiparese; keine Lähmung der Augenmuskeln. Von den 36 Kindern starben 14, also etwa 40%. — Das akute Stadium dauert 7—14 Tage, wonach noch einige Zeit Unsicherheit in den Bewegungen der Glieder besteht, schließlich aber eine vollkommene Heilung eintritt. Der Liquor cerebrospinalis war stets normal, ausgenommen bei einigen Fällen eine geringe Pleocytose. — Für die Differentialdiagnose mit der Encephalitis epidemica ist von Bedeutung die große Uniformität der Symptome, der akute Anfang, welcher nur 7—14 Tage dauert, das Fehlen der Augenmuskellähmungen, der positive Babinski, die völlige Heilung. Bei 2 Fällen, welche histopathologisch untersucht sind, wurden zahlreiche perivasculäre Zellringe gefunden, welche hauptsächlich aus Mikrogliazellen zusammengesetzt waren (Färbung mit Toluidinblau), wenig Lymphocyten, keine Leukocyten; Neuronophagie und Degeneration von Ganglienzellen in der Substantia nigra; diese perivasculären Infiltrate wurden im Gegensatz zu der Encephalitis epidemica zahlreicher in der weißen als in der grauen Substanz gefunden. Epidemiologisch ist das Nachfolgende von Bedeutung: der Impfstoff, welcher bei den 36 Kindern gebraucht wurde, kam von 10 verschiedenen Kälbern, die mit verschiedenen Vaccinen geimpft waren; zur selben Zeit wurden ungefähr 250 000 Kinder geimpft. Die meisten Fälle von Encephalitis kamen in kleinen Orten vor, und wiederholt 2 oder 3 Fälle an einem Ort; an einem Ort wurde eine gleiche Krankheit wahrgenommen bei einem Kind von 9 Jahren, das nicht geimpft war. Bei Tierproben zeigte sich, daß der Impfstoff keine neurotropen Eigenschaften hat. — Verf. achtet es nicht für wahrscheinlich, daß das Vaccinevirus der Anreger dieser Encephalitis ist. Er verteidigt die Hypothese, daß während des endemischen Vorkommens der Encephalitis epidemica der Gebrauch von Vaccin eine Encephalitis hervorgerufen hat bei Kindern, bei welchen das Virus von Encephalitis epidemica in latentem Zustand im Gehirn anwesend war. — Er gründet diese Hypothese auf die nachfolgenden Tatsachen: 1. Die größte Anzahl der Fälle von postvaccinaler und von epidemischer Encephalitis kam gleichzeitig vor. 2. Der gebrauchte Impfstoff ist von sehr verschiedener Herkunft, daher muß man auch die Ursache bei den Patienten suchen. 3. Die Resultate der Tierproben stimmen überein mit der Encephalitis epidemica. — Man muß aber auch an die Möglichkeit denken, daß die Krankheit erregt wurde durch ein bisher unbekanntes Virus, verwandt mit dem Erreger der Encephalitis epidemica. — Zum Schluß rät Verf., die Impfungen im Sommer vorzunehmen, da dann die wenigsten Fälle von Encephalitis epidemica vorkommen, und besonders auf ein allgemein vermindertes Wohlbefinden zu achten. *S. T. Heidema.*

Hirnblutung, Hemiplegie, Arteriosklerose, Encephalomalacie:

● **Périsson, Joseph: Etude clinique et pathogénique des troubles sympathiqus dans l'hémiplégie.** (Klinische und pathogenetische Untersuchung der vegetativen Störungen bei der Hemiplegie.) (*Clin. des maladies du système nerv., hôp. de la Salpêtrière, Paris.*) Paris: Presses universitaires de France 1925. 214 S.

Vegetative Störungen sind fast konstante Begleiterscheinungen der Hemiplegie.

Digitized by Google

Sie sind nicht sekundäre Folgen der Stillstellung der Glieder, sondern hängen unmittelbar von der Gehirnläsion ab. Zu unterscheiden ist ein hyper- und ein hypothermisches Syndrom. Das zweitgenannte ist häufiger. Bei ihm findet sich neben der Herabsetzung der Temperatur, die sich auf Pilocarpineinwirkung hin abschwächt, herabgesetzter Blutdruck, Verlangsamung der lokalen Resorption und Verstärkung der Schweißsekretion. Umgekehrt verhält es sich beim hyperthermischen Syndrom. Mit diesem beginnen zeitlich fast alle Hemiplegien. Später erfolgt dann regelmäßig der Übergang in das Gegenstück. Der Übergang kann sich in seltenen Fällen lange hinziehen. Nie aber kommt ein Übergang in umgekehrter Richtung vor. Das hyperthermische S. ist als Lähmungs-, das hypothermische S. als Erregungsausdruck aufzufassen. Das erste entspricht der schlaffen, das zweite der spastischen Lähmung der willkürlichen Muskulatur, d. h. es handelt sich im zweiten Falle um Enthemmung der niederen vegetativen Zentren. In bezug auf den Sitz der ursächlich wirkenden cerebralen Läsionen kommt Verf. zu dem Schluß, daß man pyramidale und extrapyramidale vegetative Störungen unterscheiden müsse. Die extrapyramidalen Störungen, die im allgemeinen wesentlich schwächer in Erscheinung treten, sind dadurch gekennzeichnet, daß entweder das hypothermische Syndrom sich ohne ein vorausgehendes hyperthermisches Stadium entwickelt, oder daß das hyperthermische Stadium abnorm lange bestehen bleibt, ehe es in sein Gegenstück übergeht. Als Sitz der Läsion kommt in den extrapyramidalen Fällen in erster Linie eine Beteiligung des Corpus striatum in Betracht. Der Thalamus scheint nur selten eine Rolle zu spielen. Dementsprechend nimmt Verf. eine vegetative Haupt- und mehrere vegetative Nebenbahnen im Nervensystem an. Die erstgenannte soll von der motorischen Zone der Rinde ausgehen, über das Corpus striatum laufen und sich dann der Pyramidenbahn anschließen. — Mögen die Schlüsse des Verf.s mit den heute herrschenden Ansichten über die vegetative Innervation zum Teil schwer in Einklang zu bringen sein, so müssen doch die Befunde selbst, die in sehr sorgfältigen klinischen Untersuchungen gewonnen und in einer klar geschriebenen sehr ausführlichen Arbeit niedergelegt sind, als ein bedeutungsvoller Beitrag zur Klärung der vorliegenden schwierigen Probleme angesehen werden.

E. Küppers (Freiburg i. B.).

Linsenkernerkrankungen, Dyskinesien:

Onari, K.: Über zwei klinisch und anatomisch kompliziert liegende Fälle von Status marmoratus des Striatum (mit hochgradigen Veränderungen in anderen subcorticalen und corticalen Gebieten.) (*Staatskrankenanst. u. psychiatr. Univ.-Klin., Hamburg-Friedrichsberg.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 98, H. 3/4, S. 457—486. 1925.

Der erste der mitgeteilten Fälle betraf ein Mädchen, bei dem sich ohne erbliche oder familiäre Belastung ein eigenartiges Krankheitsbild entwickelt hatte. Es bestanden von Kindheit an Gehstörungen und Sprachstörungen mit Athetosebewegungen. In ihrer geistigen Entwicklung blieb sie zurück. Bis zum Alter von 35 Jahren veränderte sich am Zustande der Kranken nicht viel, dann aber trat eine deutliche progressive Verschlechterung des körperlichen und geistigen Befindens ein. Es zeigten sich deutliche Störungen im Sinne einer akinetischen Hypertonie der gesamten Körpermuskulatur mit gelegentlichem Zusammenkrampfen der Hände und zunehmender Dysarthrie. Nach weiteren 5 Jahren gesellten sich dazu noch deliriöse Erregungszustände. Tod im Alter von 41 Jahren an Bronchopnumonie. Bei der Untersuchung des Gehirns fand sich im Striatum eine Kombination des Vogtschen Status marmoratus mit einem Status dysmyelinisatus bei gleichzeitiger Atrophie des lateralen Thalamuskernes. Auch der Cortex war in der Regio gigantopyramidalis architektonisch und histologisch schwer verändert. Er zeigte hier eine starke Atrophie in der ganzen Tiefe der grauen Substanz mit kleinzelliger Gliavermehrung in der Lamina zonalis und einem Untergang zahlreicher Pyramiden. Eine leichte Pyramidenbahnaufhellung ist als Folge dieser Veränderung anzusehen. Das von Geburt an abnorm entwickelte Striatum mit einer gleichzeitigen Unterentwicklung gewisser Rindenpartien wird für die psychischen und motorischen Erscheinungen verantwortlich gemacht. Der Status marmoratus des Striatums wurde einer genaueren histologischen Analyse unterzogen und dabei Veränderungen gefunden, wie sie schon von Scholz, C. Vogt und Bielschowsky eingehend beschrieben worden sind. Über die Genese des Status marmoratus geben die mikroskopischen Befunde keine eindeutige Auskunft. Verf. hält es in Übereinstimmung mit Bielschowsky für durchaus möglich, daß eine Anomalie der plasmati-

Digitized by Google

schen Grundsubstanz das Primäre der Veränderung ist, und daß diese sowohl erworben wie angeboren sein kann. — In einem 2. Falle, der anatomisch genau untersucht werden konnte, lag das Bild einer Littleschen Lähmung mit Idiotie vor. Neben einem Status marmoratus des Striatums waren hier Veränderungen im Großhirn- und Kleinhirnmantel vorhanden. Die Gesamtheit der cerebralen Veränderungen sprach dafür, daß embryonale Entwicklungsstörungen die initiale Krankheitsursache bildeten. Ob die intrauterin entstandene Anomalie auf exogene oder endogene Faktoren zurückzuführen ist, entzieht sich der sicheren Entscheidung. Die in diesem Falle vorhandene allgemeine Starre mit leichter athetotischer Hyperkinese wird auf den Status marmoratus des Striatums bezogen.

Beide Fälle sprechen dafür, daß C. und O. Vogt berechtigt waren, den Status marmoratus als einen für die Pathogenese und Physiopathologie der Littleschen Krankheit wichtigen Befund hervorzuheben. Man tue gut daran, aus dem großen Gebiete der Littleschen Lähmung diese durch den Status marmoratus gekennzeichneten Fälle als eine besondere Gruppe abzugrenzen. *Max Bielschowsky* (Berlin).

Barnes, Stanley, and E. Weston Hurst: Hepato-lenticular degeneration. (Wilsonsche Krankheit.) Brain Bd. 48, Nr. 3, S. 279—333. 1925.

Die Verff. berichten über 4 Geschwister mit Wilsonscher Krankheit, von denen nur noch eins lebt (2 der Geschwister zeigten ausgeprägte Erscheinungen am Nervensystem, bei einem waren sie angedeutet, beim vierten nur Lebererkrankung). In der Ascendenz nichts Nennenswertes, außer Migräne der Mutter. 3 ältere Geschwister sind gesund; ein jüngeres (jetzt 3 Jahre alt) hat eine vergrößerte und harte Leber. Nichts von Syphilis. Die Krankheitsentwicklung war im wesentlichen stets die gleiche. Im Alter von 7—8 Jahren traten Erbrechen, Leibschmerzen mit Fieber, leichter Ikterus und Vergrößerung der Leber auf, manchmal auch Ascites. Diese Anfälle klangen wieder ab, wiederholten sich aber in einigen Monaten wieder; dabei verschlechterte sich der Allgemeinzustand erheblich. Seitens des Nervensystems entwickelten sich folgende Symptome: Offenstehen des Mundes und ein leicht apathischer, etwas lächelnder Gesichtsausdruck, meist ohne weitere Störungen seitens der Hirnnerven. Dagegen bestanden erhebliche Krankheitserscheinungen an den Extremitäten, nämlich beträchtliche Langsamkeit und Erschwerung der Bewegungen, Streckstellungen und Muskelsteifigkeit. Eine Seite war in der Regel viel stärker ergriffen als die andere: der Oberarm war adduziert und einwärts gedreht, der Vorderarm gestreckt, das Handgelenk ulnarwärts gebeugt, die Finger gleichfalls gebeugt. Das Bein der kranken Seite war gestreckt und abduziert, der Fuß stand ebenso wie die Zehen plantar gebeugt und — besonders im 2. Fall — supiniert. Erhebliche Zitterzustände bestanden in keinem der Fälle, wohl jedoch leichte athetoide Bewegungen. Das erste der Kinder zeigte ausgeprägtes myotonisches Verhalten des Faustschlusses. Bemerkenswert war auffällig leicht eintretendes und intensives Lachen und Schreien, sowie auch sonst große Abhängigkeit der Intensität der Störungen von dem psychischen Zustand. Die sämtlichen vier Kinder waren zwar bei oberflächlicher Betrachtung geistig unauffällig, erwiesen sich jedoch bei genauerem Hinsehen als etwas geistig geschwächt. Die Sprache war monoton, langsam; die Antworten erfolgten mit einem möglichst geringen Aufwand an Worten. Ebenso wie die Extremitätenbewegungen waren auch diejenigen des Gesichts, der Zunge und des Unterkiefers verlangsamt, dabei bestand eine beträchtliche Steigerung der Mitbewegungen des Gesichtes bei den Bewegungen der Extremitäten, besonders wenn sie mit besonderer Kraftentfaltung ausgeübt wurden. Auch die Muskeln der Wirbelsäule zeigten eine deutliche Rigidität, die sich besonders beim Stehen und Gehen äußerte. Spastische Reflexe fehlten im allgemeinen, wenn auch bei zweien der Kinder gelegentlich der Babinskische Reflex und Fußklonus ausgelöst wurden. Der Verlauf der Krankheit erstreckte sich über 3—4 Jahre. Nur in einem der Fälle konnte der Kayser-Fleischersche Scleralring (nur auf einem Auge) nachgewiesen werden. Die Autoren geben eine hübsche kolorierte Abbildung des Ringes und betonen, daß die Feststellung des Ringes mit den gewöhnlichen Methoden der Betrachtung nicht möglich war, sondern vom Augenarzt unter Zuhilfenahme der Spaltlampe geschah. Der 4. der Fälle der Verff., ein 8jähriger Knabe, hatte zwar wiederholt Symptome seitens der Leber gezeigt und wies auch bei der Untersuchung eine Lebervergrößerung auf. Sichere objektive Krankheitserscheinungen seitens des Nervensystems konnten jedoch nicht festgestellt werden, wenn auch die Mutter behauptete, der Junge habe sich geistig deutlich verändert und sein Gang sei so, wie er bei den erkrankten Geschwistern gewesen sei. Anatomisch wurden 2 der Fälle untersucht. Der Befund stimmt in den wesentlichen Punkten mit den bekannten Befunden anderer Autoren überein. Das Putamen war, besonders in seinen hinteren zwei Dritteln, erheblich verschmälert und geschrumpft, so daß die Insel eingesunken erschien. Der Prozeß setzte am Pallidum scharf ab. Die Zellen, sowohl die großen als die kleinen, des Putamen waren stark geschwunden, die noch erhaltenen zeigten schwere Veränderungen. Die Glia war enorm gewuchert, bot aber außerdem auch zahlreiche degenerative Veränderungen (Alzheimersche Zellen usw.) dar; schließlich fanden sich bei der Fettfärbung viel Abbauprodukte. Bemerkenswerterweise waren im Putamen zahlreiche Gefäßneubildungen. Das

Digitized by Google

Pallidum zeigte sehr viel geringere Veränderungen, etwas mehr wieder das Caudatum, bei welch letzterem besonders die großen Zellen gelitten hatten. Im Thalamus wies in erster Reihe die Glia leichte Veränderungen (hypertrophischer Art) dar. Stärker zeigte sich wieder der Cortex befallen. In dem zweiten der beiden anatomisch untersuchten Fälle waren zwar die Veränderungen der Ganglienzellen des Linsenkerns (außer dem Pallidum) recht ausgeprägt, es war aber keine Gliawucherung, sondern nur eine Degeneration der Gliakerne eingetreten. Die Leberveränderungen waren in beiden Fällen sehr stark ausgeprägt und schon makroskopisch in die Augen fallend. Aus dem mikroskopischen Befund schließen die Autoren, daß es sich nicht um eine gewöhnliche Cirrhose, sondern um eine in Schüben verlaufende akute Hepatitis mit Tendenz zur Ausheilung der einzelnen Schübe handle. Die Lebererkrankung wird als das Primäre angesehen, die nervösen Symptome als sekundär, hervorgerufen durch Schädigung der nervösen Zellen unter dem Einfluß eines Giftes, welches entweder in der Leber gebildet werde oder die erkrankte Leber passiere. Die Lebererkrankung entsteht nach einer Hypothese der Verff. durch irgendeine bacilläre Infektion vom Darmkanal aus. Hinsichtlich der Beziehungen der Wilsonschen Krankheit zur Pseudosklerose und ähnlichen Erkrankungen stellen sich die Verff. auf den unitaristischen, besonders von Hall betonten Standpunkt und übernehmen auch die umfassende, von Hall geprägte Krankheitsbezeichnung der „Hepatolenticulären Degeneration". Die Unterschiede der verschiedenen Formen der hepatolenticulären Degeneration hängen davon ab, welche Teile des Putamen am stärksten ergriffen sind, und welche andere Teile des Zentralnervensystems außerdem noch erhebliche Veränderungen aufweisen. *Paul Schuster* (Berlin).

D'Abundo, Emmanuele: Sopra alcuni casi di corea del Sydenham determinanti in epilettici una sospensiva degli accessi convulsivi. Nota clinica. (Über einige Fälle von Chorea minor bei Epileptikern mit Aussetzen der Krampfanfälle.) Neurologica Jg. 42, Nr. 3, S. 113—121. 1925.

Mitteilung von drei Fällen genuiner Epilepsie, bei denen die Anfälle während einer interkurrenten Chorea und einige Monate nachher, im ganzen 9—12 Monate hindurch, vollkommen aussetzten. Zur Erklärung denkt Verf. zunächst an die Wirkung der Infektion und weist auf seine erfolgreichen Versuche mit Malariabehandlung der Epilepsie hin, hält jedoch diese Erklärung im Falle der Chorea mit Rücksicht auf die Geringfügigkeit der Fiebererscheinungen für minder wahrscheinlich. Eher sei anzunehmen, daß die ständige motorische Entladung des Gehirns in der Form der choreatischen Bewegungen, vergleichbar der kontinuierlichen Entladung eines Akkumulators, die plötzlichen Entladungen des epileptischen Anfalls, die der Autor mit denen einer Leydener Flasche vergleicht, substituiere. Im Zusammenhang damit sei hervorzuheben, daß anscheinend niemals epileptische Anfälle bei der choreatischen Form der cerebralen Kinderlähmung beobachtet wurden. Schließlich wird ein Fall von chronischer posttraumatischer Epilepsie mit von der linken Körperhälfte ausgehenden generalisierten Anfällen mitgeteilt, der später an Encephalitis epidemica mit vorwiegend linksseitiger parkinsonistischer Starre erkrankte: die epileptischen Anfälle blieben fortan auf die linke Körperhälfte beschränkt, bestanden nur mehr in der tonischen Phase des Krampfes und dauerten kürzere Zeit. *Erwin Wexberg* (Wien).

Hirngeschwulst, Hirnabsceß:

Wilson, George, and N. W. Winkelman: Concerning the sudden onset of symptoms in brain tumors, with report of illustrative cases. (Der plötzliche Beginn der Symptome beim Hirntumor, mit Wiedergabe einschlägiger Fälle.) (*Neurol. dep., school of med., univ. of Pennsylvania a. neurol. serv. a. laborat. of neuropathol., Philadelphia gen. hosp., Philadelphia.*) Atlantic med. journ. Bd. 28, Nr. 5, S. 285—290. 1925.

Setzen bei einem Patienten plötzlich cerebrale Symptome ein, so denkt man zuerst an vasculäre Läsionen, demnächst an Encephalitis oder Meningitis. Verff. sahen eine Reihe von Hirntumoren, deren Symptome plötzlich einsetzten. Die Krankengeschichten und anatomischen Befunde sind leider nicht sehr ausführlich.

I. 39jähriger Mann, bei der Aufnahme komatös, Nackensteifigkeit, beiderseits Kernig und Babinski. Vermutungsdiagnose: Meningitis. Liquor o. B. Später wieder klar, Alkoholabusus zugegeben. Entlassen. 4 Tage später Wiederaufname wegen Fallneigung nach hinten; verwirrt, negativistisch, stuporös, schließlich wie bei der 1. Aufnahme. P.S.R. abgeschwächt. B.D.R. fehlen, Pupillen starr und ungleich. Erhöhter Liquordruck. Ex. Nekrotischer Tumor im l. Temporallappen. (Pol.) Im Zentrum kleine Blutung. Ferner eine kleine Blutung in der Brücke. Hist.: Gliom. — II. 39jährige Frau. Soporös aufgefunden. Schwäche der r. Körperseite, Inkontinenz. Früher gesund, nur 2 Monate vorher Schwindel. Beginn mit motorischer Aphasie. Rechtsseitige spast. Parese. WaR. negativ. Liquor o. B. 24 Stunden nach der Einlieferung Ex. Gliom des l. Stirnhirns vom Pol bis zum N. caudatus, Capsula interna, Balken. Keine Blutung. — 3. 53jähriger Mann, halb stuporös und verwirrt, desorientiert.

Digitized by Google

Beiderseits Stauungspapille. Parese des r. Arms und Beines ohne spast. Zeichen. Koordinationsstörung. 3 Wochen vorher Kopftrauma. Trinker. Apraktische und agnost. Störungen. Gliom im Parieto-Occipitalgebiet. Zahlreiche Blutungen. — 4. 66jähriger Mann. Plötzlich Kopfschmerzen, Verwirrtheit, Unsicherheit und Fallneigung beim Gehen. Bei der Aufnahme bewußtlos, rechtsseitige spast. Parese, Pupillen different, lichtstarr. WaR. Blut und Liquor negativ. Gliom an der Basis des l. Temporallappens mit großer Blutung. — 5. 51jähriger Mann. Stark verwirrt, riecht nach Alkohol. Lesestörung und bds. Astereognose. Rechts Adiadoko. Wortfindungsstörung. Epileptiformer Anfall. Ex. Subcorticales Gliom an der Grenze von Frontal- und Zentralgebiet rechts. — 6. 43jähriger Mann. Plötzlich Kopfschmerzen, Benommenheit. Schwäche aller Extr., links deutlicher. Linkss. VII-Parese. Bds. Babinski. Tremor beider Hände. Neuroretinitis. Diffuses Gliom der r. unteren Frontalwindung, bis zum Caudatum reichend. Keine Blutung. — 7. Frau, Alter unbekannt. Aus voller Gesundheit Krämpfe mit Zungenbiß, Kopfschmerzen ohne Erbrechen. Verwirrt, halluziniert. Linkss. Ptosus und leichter Exophthalmus. Krämpfe im r. Arm. Babinski rechts. Bei der Trepanation über dem l. Frontalhirn wurde ein teilweise gut ausschälbares Gliom entfernt. Besserung. Witzelsucht.

Bemerkenswert ist, daß es sich in allen Fällen um Gliome handelt. Das plötzliche Einsetzen der Symptome ist nicht immer, wie man vermuten könnte, auf Blutungen zu beziehen. *Erich Guttmann* (München).

Overhamm, Gregor: Jackson-Epilepsie auf Grund von Gehirnmetastasen eines primären Schilddrüsencarcinoms. (*Pathol. Inst., Univ. Freiburg i. Br.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 98, H. 5, S. 755—762. 1925.

57jähr. Pat. Beginn mit allgemeiner Schwäche. Zittern, später Krämpfe im r. Arm, zuletzt im r. Arm beginnende, generalisierte, mit Bewußtseinsverlust einhergehende Krampfanfälle. Auch der r. Facialis beteiligt. Spast. Lähmung des r. Armes. Da das Encephalogramm (linke Insel verwaschen, l. Ventrikel erweitert und verzogen) mehr für einen Schrumpfungsprozeß als einen Tumor sprach, Operation verschoben. Ischiasschmerzen im l. Bein. Später Operation. Excision zweier grauer Herde aus dem Gyrus praecentralis. Exitus an Pneumonie. Die Sektion ergibt ein primäres Carcinom der Schilddrüse mit Metastasen in den regionären Lymphdrüsen, den Lungen, bronchialen Lymphdrüsen, in beiden Oberschenkelknochen und schließlich im Gehirn außer den beiden excidierten einen Knoten im Pol des l. Occipitallappens. Die Meningen waren frei. — Es ist anzunehmen, daß die Metastasen nicht direkt von dem Schilddrüsentumor stammen, sondern daß zunächst die Lunge hämatogen mit Carcinomkeimen infiziert wurde und von dort losgerissene Krebszellen mit dem Blutstrom durch die Carotis ins Gehirn verschleppt wurden. *Erich Guttmann* (München).

Sommer, Ignaz: Hemianopsie bei Gehirntumor. (*Krankenh. Wieden, Wien.*) Wien. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 46, S. 2557—2560. 1925.

Kasuistische Mitteilung von 3 einschlägigen Fällen. Bei den Tumoren, die von einer Hemisphäre aus ihre Entwicklung nahmen und bei zunehmendem Wachstum den Tractus opt. resp. das Chiasma bedrängten, bestand gleichzeitig Stauungspapille und Hemianopsie. *Pette.*

Freeman, Walter: Reactive gliosis in a case of brain tumor. (Reaktive Gliose in einem Fall von Hirntumor.) (*Blackburn laborat., St. Elizabeth hosp., Washington.*) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 14, Nr. 5, S. 649—657. 1925.

Die Vergrößerung einer Hirnhemisphäre, die Sitz eines — selbst wenig umfangreichen — Tumors ist, ist auch sonst schon auf Gliawucherung zurückgeführt worden; ein exakter Beweis ist aber nach Verf. hierfür nie erbracht. Er hat deshalb in einem Falle, in dem sich 3 Tumoren der linken Hemisphäre, 2 sichere und ein atypisches Gliom, fanden, korrespondierende Bezirke beider Hemisphären außerhalb der Tumorumgebung nach Cajal gefärbt, die Schnitte photographiert und die Zahl der Gliazellen in der Raumeinheit bestimmt. In allen Regionen war die Zahl der Gliazellen links gegenüber rechts vermehrt. In näherer Umgebung der Tumoren waren die Gliaelemente auch vergrößert. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Smith, Jens Chr.: Pleocytose und Eiweißgehalt der Spinalflüssigkeit bei Hirntumor. (*Komm.-hosp. u. psykiatr. laborat., univ., Kjobenhavn.*) Bibliotek f. Laeger Jg. 117, Sept.-H., S. 357—371. 1925. (Dänisch.)

Unter 102 Fällen von sichergestellten Hirntumoren fand sich in 25% eine Zellenzahl über $^{8}/_{3}$ und in 15% über $^{21}/_{3}$. 3 Fälle hatten eine Zellenzahl von über $^{100}/_{3}$, 2 eine solche von $^{200}/_{3}$ in der Spinalflüssigkeit. Man kann die Pleocytose bei Hirntumoren nicht als konstanten Befund ansehen, und vor allem ist der Grad und das Verhalten der Pleocytose zu der Art des Tumors, zu seiner Lokalisation, zu dem intra- oder extracerebralen Sitz, zu den begleitenden Entzündungsveränderungen der Umgebung in keine bestimmte Beziehung zu bringen. In zweifelhaften Fällen von Tumor cerebri und Encephalitis gibt die Zellenzahl der Spinalflüssigkeit keinen ausschlaggebenden diagnosti-

Digitized by Google

schen Hinweis. Wichtiger ist in dieser Hinsicht der Eiweißgehalt der Spinalflüssigkeit. Die Erhöhung der Eiweißmenge in der Spinalflüssigkeit ist bei Hirntumoren meist viel größer als bei Encephalitis, ebenso spricht starke Globulinvermehrung gegen Encephalitis und für Tumor, namentlich gegen chronische Encephalitis. Von chronischer Encephalitis hatten nur 8%, von Hirntumoren 45% vermehrten Globulingehalt. Eine Globulinvermehrung über 2 (gegen 0 in normalem Zustande) und die Totaleiweißmenge über 30 (gegen 10 in normalem Zustande) in der Spinalflüssigkeit sprechen bestimmt gegen chronische Encephalitis. *S. Kalischer* (Schlachtensee-Berlin).

Lechelle, Alajouanine et Thévenard: Deux cas de tumeur du lobe frontal à forme somnolente. (2 Fälle von Tumor des Lobus frontalis mit Somnolenz.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 41, Nr. 32, S. 1347—1352. 1925.

Anfälle von Narkolepsie wurden des öfteren bei Tumoren in der Nähe des 3. Ventrikels beobachtet. Verff. berichten über 2 Fälle von Stirnhirntumor, in denen Somnolenz das hervorstechendste Symptom von Anfang an war und somit eine Encephalitis lethargica vortäuschte. In dem einen Falle handelte es sich um ein Gliom beider Stirnhirne, im anderen um einen großen Tuberkel im rechten Lobus frontalis. Es gibt demnach somnolente Formen von Stirnhirntumoren; die Somnolenz oder Narkolepsie braucht nicht notwendig auf die Infundibulargegend oder die Umgebung des 3. Ventrikels hinzuweisen. *Kurt Mendel.*

Pötzl, O.: Über eine eigenartige psychische Enthemmungsreaktion nach Punktion einer Cyste in der vorderen Schweifkerngegend. (*Dtsch. psychiatr. Klin., Univ. Prag.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 98, H. 3/4, S. 405—432. 1925.

Pötzl hat früher mit Schloffer einen Fall von cystischer Geschwulst in der vorderen Gegend des linken Schweifkernes mitgeteilt, über dessen weiteren Verlauf (nach stattgefundener operativer Entleerung der Cyste) und späteren Sektionsbefund er jetzt berichtet. Vor der Operation bestanden hauptsächlich folgende Symptome: Akinese frontalen Charakters, Paligraphie, Lesestörungen vom Charakter von Aufmerksamkeitsstörungen, lokomotorisch-apraktische Symptome, Fallen nach links, kein Nystagmus, Labyrinthbefund ohne pathologische Veränderung, Tremor der rechten Extremitäten, der beim Augenspiegeln, beim Versuch zu singen, das nicht gelang, stärker wurde. Nach operativer Entleerung der Cyste besserte sich der Zustand insofern, als der Tremor und die Akinese, ebenso der Tremor, die apraktischen Erscheinungen, die pseudocerebralen Symptome verschwanden, Patient konnte wieder singen. Es trat aber sehr bald eine psychische Veränderung ein vom Typus einer manischen Erregung mit Neigung zu Witzen und Schmerzen, Störung des Zeitsinnes, Störungen der Merkfähigkeit, eine konfabulatorische Vermischung früherer und gegenwärtiger Situationen, also ein Bild nach Art des Krorsakoffschen Symptomenkomplexes. Ferner trat ein Spontannystagmus, Abweichen der Arme nach rechts, am rechten mehr wie am linken, Vorbeizeigen auf.

P. versucht nun diese neu auftretenden Symptome als Folge abnormer Erregungsvorgänge, eines „Erregungsüberschusses", in den vorher durch den Druck gehemmten nervösen Gebieten zu erklären. „Es liegt nahe, für die Leitung dieses Erregungsüberschusses vor allem die vom Druck freigewordenen frontopontinen Bahnen im vorderen Schenkel der inneren Kapsel zur Erklärung heranzuziehen: Durch den Druck der gefüllten Cyste wären also diese Bahnen für die Leitung der Erregung blockiert gewesen, sie sind von dieser Blockierung besonders rasch und nachhaltig befreit worden; die Befreiung scheint sich zunächst darin zu äußern, daß sie von mehr Erregung durchströmt werden als in der Norm. Es läge nahe, den Überschuß von Erregung der hier die von Stirnhirn gegen den Gleichgewichtsapparat in der hinteren Schädelgrube abziehenden Bahnen nach der Blockade zu durchströmen scheint, auf die Dehnung dieser Bahnen zu beziehen, die sich nach der Befreiung vom Druck der Blockade einstellt als Ausdruck ihrer Tendenz die natürlichen Verhältnisse ihres Volumens und ihrer Lage wieder zu gewinnen" (S. 417). Auf diese Weise sucht P. nicht nur die erwähnten Gleichgewichtsstörungen, sondern auch jenen Anteil „des Bildes der postoperativen psychischen Veränderungen verständlich zu machen, der in einer gesteigerten psychomotorischen Erregung und Reaktionsbereitschaft besteht, also den Anteil der Psychose, der mit einer gewöhnlichen Hypomanie so ziemlich übereinstimmt; schließlich auch die übrigen psychischen Störungen. Der Vorgang, der sich hier beobachten läßt, erscheint wie „ein verstärktes, jähes Durchbrechen von reproduzierenden Tätigkeiten, die frühere innere und äußere Situationen wiederbringen, und die wie nach Überwindung ein

Digitized by Google

Sperre nun so mächtig entströmen, daß sie das Gefühl des realen Erlebens an sich binden und von der Gegenwart ablenken. Hier läßt sich zum mindesten eine gewisse Analogie erkennen mit dem Durchbruch gestauter Erregung auf dem Wege der früher blockierten Bahnen." — Die Autopsie ergab insofern eine Bestätigung der gestellten Diagnose, als sich eine Cyste im Striatum fand, insofern jedoch eine Abweichung, als die Cyste nicht vom linken, sondern vom rechten Ventrikel ihren Ausgang nahm.
K. Goldstein (Frankfurt a. M.).

Noodt, Klara: Ein Beitrag zur Kenntnis der papillären Epitheliome des Plexus chorioideus. (*Städt. Krankenh. am Urban u. pathol. Inst., Univ. Berlin.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 258, H. 1/2, S. 331—336. 1925.

2 Fälle fibroepithelialer Ventrikeltumoren mit hohem lipoidhaltigem Zylinderepithel und gefäßreichem Stroma. Sekundärer Hydrocephalus. Kein Trauma in der Anamnese. Fall 1: 33jähriger Mann. Klinisch: Hirntumor. Papilläres Epitheliom im Gebiet des Foramen Monroi mit breitem, wenig verzweigtem Stroma und mehreren Cysten. — Fall 2: 1jähriger Knabe. Klinisch: Cerebraler Prozeß mit Verdacht auf amaurotische Idiotie. Gestieltes Papillom im linken Seitenventrikel mit schmalem, viel verzweigtem Stroma. *Fr. Wohlwill.*

Babonneix, L., et J. Hutinel: Tuberculome protubérantiel. (Brückentuberkel.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 41, Nr. 28, S. 1275—1277. 1925.

Kurze Mitteilung eines Falles, bei dem klinisch nur die Zeichen der Lungentuberkulose und der tuberkulösen Meningitis nachweisbar waren, während die Autopsie darüber hinaus einen linsengroßen Tuberkel in der medianen Schleife links aufdeckte. Keine Hirndruckerscheinungen. *Erna Ball* (Berlin).

Insabato, Luigi: Su di un caso di sindrome ponto-cerebellare operato. (Über einen operierten Kleinhirn-Brückenwinkeltumor.) Riv. oto-neuro-oftalmol. Bd. 2, H. 3, S. 271—276. 1925.

Mitteilung eines Falles mit Erscheinungen von seiten des V., VII. und VIII. Hirnnerven. Bei der Operation wurde ein nennenswerter Tumor nicht gefunden, doch tastete der Finger des Chirurgen ganz in der Tiefe eine Prominenz, die als ein kleiner Tumor angesprochen werden konnte. Im Anschluß an die Dekompression zunächst weitgehende Besserung aller Erscheinungen, nach 48 Stunden Exitus unter bulbären Erscheinungen. Da im vorliegenden Fall die ziemlich schweren Allgemeinerscheinungen durch den winzigen Tumor nicht erklärbar sind, nimmt der Autor eine Meningitis serosa cystica im Bereich des Brückenwinkels an, die mit dem kleinen Tumor möglicherweise in Zusammenhang stand. *Erwin Wexberg* (Wien).

Alurralde, Mariano, und Marcelino J. Sepich: Ein Fall von Cysticercus racemosus cerebralis. Rev. de la soc. argentina de neurol. y psiquiatr. Bd. 1, Nr. 3, S. 65—76. 1925. (Spanisch.)

Typische Tumorsymptome allgemeiner Art, ohne lokaldiagnostisch verwertbare Zeichen. Subtemporale Kraniektomie nach Cushing. Über der unteren Partie des rechten Schläfenlappens eine kleine Cyste. Mikroskopische Untersuchung ließ dieselbe als Cysticercus racemosus erkennen. Sonstige Herde waren nicht nachweisbar. Verf. weist auf die Schwierigkeit der Diagnose bei solchen Geschwülsten „stummer" Hirnregionen hin, daß es reiner Zufall war, daß an der richtigen Stelle kraniektomiert wurde, daß es sich im vorliegenden Falle wahrscheinlich um sog. Heteroinfektion handelte, da in den Entleerungen des Kranken weder Eier noch Parasiten etc. nachweisbar waren. *Pfister* (Berlin-Lichtenrade).

Bregman, L. E.: Zur Behandlung der Hirntumoren mit Röntgenstrahlen. Warszawskie czasopismo lekarskie Jg. 2, Nr. 2, S. 45—48. 1925. (Polnisch.)

Bregman sucht an 7 Fällen die Wirksamkeit der Röntgentherapie bei Hirntumoren zu verteidigen. Die späteren Beleuchtungen verlieren an Kraft speziell in schweren Fällen. Wo die Geschwulst schwer zugänglich ist, kommt die Röntgenlampe statt des Messers ausschließlich in Betracht, wo sie leicht erreichbar ist, soll man überlegen, ob man die Operation vorausschicken oder nachfolgen lassen soll. Über Radium besitzt Verf. keine eigene Erfahrung, meint dennoch, daß auch hier noch vieles zu erwarten ist, wie die neueren Untersuchungen von Genf (Kotzareff und Weyl) beweisen. *Higier* (Warschau).

Towne, E. B.: Roentgen-ray treatment of tumors of the brain. (Röntgenbehandlung der Hirntumoren.) (*Dep. of surg., Stanford univ. med. school, San Francisco.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 24, S. 1813—1815. 1925.

Verf. hat 10 Fälle von Gliom, von denen 6 autoptisch verifiziert wurden, nach

Digitized by Google

vorausgegangener Dekompression mit Röntgenstrahlen behandelt. In 4 Fällen war kein Erfolg, in 4 weiteren mehr oder weniger deutliche Besserung, in 2 Fällen nachweisbare Besserung festzustellen. Je 2 Fälle aus jeder dieser Gruppen werden angeführt. In den 2 letztgenannten Fällen war bemerkenswert, daß das Aussetzen der Bestrahlung mit einer Verschlechterung, ihre Wiederaufnahme mit prompter Besserung einherging.

Erwin Wexberg (Wien).

Kleinhirn, Vestibularapparat, hereditäre familiäre Ataxien:

Velluda, Const. C.: Un cas de tubercule solitaire localisé dans le vermis. (Ein Fall von Solitärtuberkel im Wurm.) (*Inst. d'anat. descript. et topograph., Cluj.*) Arch. internat. de neurol. Jg. 44, Bd. 2, Nr. 4, S. 133—142. 1925.

Mitteilung eines Falles. Trotz Lokalisation des Tumors im Wurm fehlte das Kleinhirnsyndrom fast vollständig; es bestanden nur Gleichgewichtsstörungen mit Pulsionserscheinungen nach vorn oder hinten, später nach hinten. Bemerkenswert waren Anfälle von erhöhten tonischen Kontraktionen der Nackenmuskeln mit Rückwärtsneigung des Kopfes und zugleich bestehende Kontraktionen der Extensoren der unteren Extremitäten (auch Jackson beschrieb dieses Symptom bei Wurmgeschwülsten). Es bestanden weiterhin kardio-respiratorische und saliväre Störungen, wohl infolge Reizung der organo-vegetativen bulbären Zentren durch Kompression oder vielleicht auch durch toxische Wirkung. Auf gleiche Weise wäre der Exophthalmus zu erklären.

Kurt Mendel.

Chase, Walter D.: Cerebellar abscess. Report of an interesting case, with description of therapy as practiced by professor Török of Budapest. (Kleinhirnabsceß. Bericht über einen interessanten Fall mit Beschreibung der Behandlung nach Prof. Török in Budapest.) Atlantic med. journ. Bd. 28, Nr. 11, S. 742—748. 1925.

Einschlägiger Fall von Kleinhirnabsceß otogenen Ursprungs. Auf der Höhe der Erkrankung bestand doppelseitige Neuritis optica, Nystagmus, Abducenslähmung, Adiadochokinese und Bradyteleokinese. Bald nach der Operation erhebliche Besserung. Über den endgültigen Ausgang der Erkrankung ist der Verf. nicht unterrichtet, er zweifelt jedoch nicht daran, „daß die Patientin geheilt worden ist".

Die operative Behandlung nach Török beschränkt sich darauf, die Dura lediglich so weit zu inzidieren, daß ein gefensterter Glasdrain von 4 oder 5 mm Durchmesser eingeführt werden kann. Vorher wird der Eiterherd durch Punktion lokalisiert.

Taterka (Berlin).

● **Ohm, Johannes: Das Augenzittern als Gehirnstrahlung. Ein Atlas der Augenzitternkurven.** Berlin u. Wien: Urban & Schwarzenberg 1925. VIII, 326 S. G.-M. 21. —

Verf. hat 1913 ein Verfahren angegeben, das eine Aufzeichnung des Nystagmus durch ein System starrer Hebel ermöglicht. 700 Aufnahmen und mehr als 4000 Einzelkurven stehen ihm nunmehr zur Verfügung, sie beziehen sich vorwiegend auf das Augenzittern der Bergleute. Verf. hat im Handbuch der Neurologie des Ohres seine Forschungsergebnisse zusammenfassend dargestellt. Das vorliegende Werk bringt eine breitere Darstellung des Stoffes an der Hand von nicht weniger als 226 Kurven, Tabellen usw. Der allgemeine Teil ist vorwiegend der Untersuchungsmethode (Nystagmographie) gewidmet, im besonderen werden die verschiedenen Formen des Augenzitterns abgehandelt: der Dunkelnystagmus, das angeborene amblyopische Augenzittern, der erworbene, der optische Drehnystagmus (Eisenbahnnystagmus), das vestibuläre Augenzittern, das zentrale Augenzittern infolge organischer Veränderungen (Deiters-Nystagmus), das hysterische Augenzittern und das Augenzittern in den Endstellungen. Der dritte Teil des Buches ist theoretischen Erörterungen gewidmet. Im eigenartigen Gegensatz zu den exakten und äußerst mühevollen Untersuchungen des Verf. und der sorgfältigen Darstellung der Ergebnisse steht die phantastische Ausdeutung derselben. Verf. erblickt im Augenzittern den Effekt einer „Gehirnstrahlung". Im Augenzittern offenbart sich eine Ausstrahlung der lebenden Substanz, gewisser Ganglienzellen, und zwar in ganz physikalischem Sinne. „Durch das Augenzittern kann der Geist der Physik, die eine Lehre von den Bewegungserscheinungen ist, einen breiten Einzug in die Gehirnphysiologie halten."

Henneberg (Berlin).

Digitized by Google

Vujić, Vladimir: Zur Kenntnis des Konvergenzzitterns. Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 44, H. 2/3, S. 163—170. 1925.

Mitteilung eines Falles von Konvergenzzittern (schnellschlägiges, horizontales, in beiden Phasen gleich rasches Zittern bei Fixation in Konvergenzstellung) bei einem Paralytiker. Der Fall gehört in die Gruppe des Uhthoffschen Schüttelnystagmus. Verf. lehnt Simulation und Hysterie ab, sondern nimmt eine supranucleäre Schädigung an. Die Geschwindigkeit kann unter den abnormen Verhältnissen für das Zustandekommen des Augenzitterns ein wichtiger Faktor sein. *K. Löwenstein* (Berlin).

Fremel, F.: Über anfallsweisen Nystagmus. (*Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkrankh., Wien.*) Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. Jg. 59, H. 7, S. 834—838. 1925.

Mitteilungen zweier Geschwister, die nach in verschiedenen Zeiten und Orten durchgemachten Grippeinfektionen Nystagmusanfälle durch rasche Kopfbewegungen von temporärem Auftreten bekamen. Es handelt sich weder um Labyrinth- noch Halsreflexe, noch Kombination beider, sondern um abnorme Reflexe der Bewegung infolge Erkrankung des nervösen Bogengangsystems. Verf. nimmt eine Schädigung des zentralen Hemmungsapparates des Nystagmus durch encephalitische Herde bei familiärer Disposition des Zentralnervensystems an. Am günstigsten wirkt bei Labyrintherkrankungen eine Liegekur. *K. Löwenstein* (Berlin).

Arkin, Wiktor, und Wladyslaw Sterting: Über einäugigen Nystagmus. Neurologia polska Bd. 8, H. 1, S. 33—37. 1925. (Polnisch.)

Horizontaler Pendelnystagmus, nach wenigen Wochen vergehend, bei vier 1—2jährigen Kindern. Nach den vorliegenden Literaturangaben wird der einäugige Nystagmus beobachtet bei zentralen Affektionen, bei konkomitierendem Schielen, bei einseitiger Amblyopie, bei Spasmus nutans. Nach Besprechung der zur Zeit herrschenden Theorien vermuten die Verf. als aktivierendes Moment eine Allgemeinerkrankung oder Lichtmangel, die die Gleichgewichtslabilität des Augenmuskelapparates verursachten. Mitspielend ist die Rolle des Einstellungsimpulses, der mit dem Bedürfnis des makulären Sehens eng koordiniert ist. *Higier* (Warschau).

Nyssen: Maladie de Friedreich et déficit mental. (Friedreichsche Krankheit und Geistesschwäche.) Journ. de neurol. et de psychiatrie Jg. 25, Nr. 5, S. 317—318. 1925.

In Ergänzung einer früheren Arbeit (vgl. dies. Zentrlbl. 29, 219) wird berichtet über einen Fall von Friedreich mit angeborener geistiger Schwäche, der das letzte von 9 Kindern ist, von denen nur das älteste gesund ist, das 2., 4., 7. im ersten Lebensjahre gestorben, das 3. und 5. ebenfalls an Friedreich erkrankt, das 6. und 8. mit geistigen Mängeln behaftet ist; auch der zweite Friedreich ist geistig zurückgeblieben, aber nicht in dem Maße wie der dritte Fall. Analog dem geistigen Defekt hat sich die Rückenmarkserkrankung beim jüngsten Kinde am raschesten und stärksten entwickelt; der Grad geistiger Schwäche könne als Maßstab für die Hinfälligkeit des Nervensystems angesehen werden.
Geelvink (Frankfurt a. M.).

Jedlička, V., und K. Henner: I. Friedreichs Ataxie mit Paraplegie. II. Friedreichs Ataxie mit Verlust der Vestibularerregbarkeit. Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 39, S. 1396—1403. 1925. (Tschechisch.)

In dem einen beschriebenen Falle dominierte eine Flektions-Paraplegie, in dem 2. Falle wurde ein isolierter Verlust der vestibularen Erregbarkeit beobachtet. Beide Fälle sind bemerkenswert wegen ihres Beginnes bzw. der Ätiologie. Der 1. Kranke fiel ins Wasser, in dem er angeblich 3 Tage liegen blieb. Der 2. fiel in den Schnee bis zum Munde und verblieb eine halbe Stunde in demselben. *O. Wiener* (Prag).

Ohmori, So: Über einen Fall der die cerebellare Ataxie begleitenden akuten Alkoholamaurose. Okayama-Igakkai-Zasshi Nr. 428, S. 943—949 u. dtsch. Zusammenfassung S. 950. 1925. (Japanisch.)

38jähriger Mann genießt abends seit längerer Zeit ca. 400 ccm Sake (japanisches Alkoholgetränk). Nach 800 ccm Sake Nebelsehen, nach 19 Stunden vollständiger Gesichtsverlust auf beiden Augen. Am 5. Krankheitstage Parästhesien im Hinterhaupt, am 12. Tage cerebellare Ataxie, die nach weiteren 12 Tagen verschwand. Am 24. Tage Lichtempfindung, allmähliche Besserung des Sehens, am 65. Tage Fingerzählen rechts in 2 m, links 1 m. Kein Farbensinn zentrales Skotom, temporale Verengerung des Gesichtsfeldes. Ophthalmoskopisch: anfangs keine Veränderung, am 7. Tage diffuse ödematöse Trübung der Pupille, am 10. Tage Sehnervenatrophie, allmählich deutlicher werdend. Pupillen weit, starr, am 24. Tage minimale Licht-, deutliche Akkommodations-Reaktion. Patient hatte weder Chinin, noch Extr. Filicis genommen. Im Sake war kein Methylalkohol. *M. Grünthal* (Berlin).

Digitized by Google

Bulbäre Erkrankungen, Myasthenie:

Marinesco, G.: Nouvelle contribution à la pathogénie de la myasthénie. La myasthénie est une dysvégétation d'origine vraisemblablement surrénalienne. (Neuer Beitrag zur Pathogenese der Myasthenie. Die Myasthenie ist eine Dysvegetation, wahrscheinlich von der Nebenniere ausgehend.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **41**, Nr. 33, S. 1369—1375. 1925.

2 Fälle werden mitgeteilt. In der Pathogenese der Myasthenie spielt das vegetative System eine unleugbare Rolle. Untersuchungen an den beiden Fällen zeigen, daß bei der Myasthenie eine Stoffwechselstörung besteht, die auf den Sympathicus und gewisse Drüsen, unter denen die Nebenniere die Hauptrolle spielt, zurückzuführen ist. Auch andere Drüsen mit innerer Sekretion, so die Schilddrüse und besonders die Hypophyse, spielen eine Rolle und können therapeutisch verwandt werden. *Kurt Mendel.*

Cedrangolo, Ermanno: Sulla miastenia. Studio grafico. (Über die Myasthenie. Graphische Studie.) (*Istit. d. II. clin. med., univ., Napoli.*) Folia med. Jg. **11**, Nr. 20, S. 761—798. 1925.

Die Beobachtung eines von einem Trinker stammenden, ungemein viel sportausübenden Myasthenikers, der nach einem Fall vom Barren auf den rechten Arm zuerst an diesem, dann am linken, schließlich an den Beinen Müdigkeit verspürt, gibt Verf. Veranlassung, auf einige seltenere Symptome einzugehen. Dazu gehören geringe Gestikulationen mit dem rechten Arm, Atrophie nur der Handmuskeln, Schmerzen bei Bewegungen vor Eintritt der Erschöpfung, erhöhte Sehnenreflexe, verlängerte Ermüdungsdauer, Albuminurie, Ermüdbarkeit der Augenseitwärtswender und der Atemmuskeln, Verdunkelung der Gesichtseindrücke, Hyperästhesie gegen galvanischen Strom an den Extremitäten, sehr starke Unempfindlichkeit gegen Kälte. Die Mortalität schätzt Verf. höher als 50%, wie es die Statistiken angeben. Es folgt eine Betrachtung der verschiedenen Theorien, die für die Genese Nerven- oder Muskelveränderungen (Verlust der Streifung) oder Thymusgeschwülste verantwortlich machen, deren Metastasen sich im Muskel finden. Erörtert wird die Bedeutung von Nebenschilddrüsen und Nebennieren für das Leiden, wobei aber wichtige neuere Arbeiten unerwähnt bleiben, z. B. die von Rosenthal. Auch bei M. Basedow und traumatischer Hysterie sei die Mya.R. häufig (? Ref.). Das Fehlen der Ea.R. trotz Atrophie, das Symptom der Erholung und der ondulierenden Phasen führten zu eingehenden ergographischen Untersuchungen, deren Ergebnisse durch Behandlung nicht geändert wurden. 200 g wurden morgens und nachmittags gehoben. Die Erschöpfung setzt unvermittelt ein. Ohne Pausen nehmen die Kontraktionen an Zahl und Höhe ab. Faradischer Strom bewirkt, daß sie längere Zeit erfolgen als bei willkürlichem Impuls. Bei völliger Erschöpfung setzen die Kontraktionen ganz aus, treten nach Ruhe wieder in voller Höhe ein. Biceps und Triceps wurden mit dem Verdinschen Zylinder untersucht. Die erste Zuckung nach elektrischem Reiz ist tetanisch. Nach 10 Minuten Pause ist die erste Zuckung wieder tetanisch, dann trifft bald Erschöpfung ein. Später ruft jeder weitere elektrische Reiz nicht tetanische, aber schnelle Zuckung hervor. Auch nach Ermüdung reagiert der Muskel entweder mit dieser oder gar nicht. Der unerregbare Muskel arbeitet auf elektrischen Reiz weiter. Nach der zweiten Erschöpfung ist auch der elektrische Strom wirkungslos. Galvanische Reize bleiben entweder auch unwirksam oder rufen erst tiefe, dann intensivere Kontraktionen hervor. Auf die erste spitze Zacke folgt im hier beschriebenen Fall wie beim Gesunden eine langsame Kurve. Verf. entscheidet sich für die muskuläre Genese der Myasthenie. *Kastan* (Hamburg).

Carnot, P., et E. Terris: Un cas d'actinite chronique avec œdèmes et myasthénie. (Ein Fall von chronischer Überempfindlichkeit gegen Lichtstrahlen mit Ödemen und Myasthenie.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **41**, Nr. 26, S. 1105—1112. 1925.

Eine 31jährige Schneiderin fühlte sich im April 1924 ohne erkennbare Ursache außerordentlich matt. Sie begab sich zur Erholung an die Meeresküste und bekam dort im Juni unter der Einwirkung intensiven Sonnenlichtes Erscheinungen einer progressiven Muskel-

Digitized by Google

schwäche sowie zur gleichen Zeit eine Rötung und Schwellung in der Umgebung der Augen. Im Juli kam es zu einer fast völligen Lähmung aller Extremitäten, das Sonnenerythem hatte sich über sämtliche nicht von der Kleidung bzw. vom Schuhwerk geschützte Körperregionen ausgebreitet. Einige Wochen später zeigten sich an den Stellen des Erythems schmutzig dunkelbraune Pigmentflecke, nur in der Umgebung der Augen bestand weiterhin eine Rötung und Schwellung in Form einer Brille. Obwohl die Patientin Tageslicht sorgfältig mied und die Intensität der Sonnenstrahlen erheblich abgenommen hatte, blieb der Zustand selbst im Winter fast vollkommen unverändert. Auch die myasthenischen Erscheinungen waren nur wenig geringer geworden. Elektrisch fand sich eine quantitative Herabsetzung im Bereiche der Schultergürtel und des rechten Armes. An den ersten Sonnentagen des nächsten Frühjahrs kam es zu einem Aufflackern des Sonnenerythems in Verbindung mit schweren Ödemen der Augenlider und der unteren Extremitäten sowie zu einer deutlichen Verstärkung der Myasthenie mit lebhaften Muskelschmerzen. Ähnliche Attacken zeigten sich jedesmal, wenn die Patientin der Sonne ausgesetzt war, aber gelegentlich auch ohne Ursache. Schließlich führte eine Behandlung mit Resorcin — täglich 0,25 per os — zu einer beträchtlichen Besserung sowohl des Erythems wie der myasthenischen Erscheinungen. — Die Beobachtung des Falles ist noch nicht abgeschlossen. Für das Vorliegen einer Avitaminose ergaben sich keine Anhaltspunkte, obwohl das Krankheitsbild gewisse pellagraähnliche Züge aufwies.

Taterka (Berlin).

Rückenmark und Wirbelsäule:

Meningitis spinalis:

Malerba, A.: Tubercolosi pseudoneoplastica della dura meninge spinale. (Pseudoneoplastische Tuberkulose der Dura mater spinalis.) (*Osp. civ., Castelsangiovanni.*) Arch. ital. di chir. Bd. 11, H. 2, S. 191—199. 1925.

Neben den zwei bekanntesten Formen tuberkulöser Erkrankungen der spinalen Dura (käsige Herde und Pottsche Krankheit) gibt es noch eine dritte, die in dem hier beschriebenen Falle an einen Tumor denken ließ. Schleichend entwickelten sich bei einer 34jährigen Frau Gürtelgefühl, Parästhesien in Knie und Wirbelsäule, häufiger Harndrang, Stuhlverhaltung, wozu sich Blasenlähmung, lanzinierende Hüft- und Beinschmerzen, Hyperästhesie und Muskelschwund gesellten. Die beiden obersten Lendenwirbel waren druckschmerzhaft. Kein Röntgenbefund. Rechtes Bein außenrotiert, extendiert, hypotrophisch, passiv gut, aktiv nicht beweglich. Knie-, Achilles-, Sohlenreflexe fehlen. Totale Ea.R. Vom Damm bis zum unteren rechten Abdominalquadranten Hypästhesie für Wärme, Berührung, Schmerz. Lumbalpunktion wegen fester Wirbelveränderung nicht ausführbar. Decubitalgeschwüre führten zum Tode. Autoptisch: Am 2. und 3. Lendenwirbel harte, fibröse Masse, 4—5 cm sich bis zum Kreuzbein hinziehend, mit Dura und Wirbelbögen verwachsen, umgibt manschettenartig das Rückenmark, das sie drückt und zerstört, während der Knochen frei bleibt. Histologisch: Gefäßarme fibröse Masse. Wand mit Endothel ausgekleidet. Zellen teils nekrobiotisch, teils epitheloid, teils lymphoid, teils Riesenzellen, die zur Diagnose gegen Lues in erster Reihe herangezogen werden. Unterhalb der „Manschette" Atrophie des Marks und der Cauda. Die große infiltrierende Kraft der Neubildung erklärt den eigenartigen Verlauf, das frühzeitige Auftreten der Wirbelsymptome und Sphincterstörungen und die verhältnismäßig späte Entwicklung der Lähmungen.

Kastan (Hamburg).

Verga, P.: Di alcune formazioni cistiche della dura madre spinale e della loro interpretazione patogenetica. (Von einigen cystischen Bildungen der Dura mater spinalis und von ihrer pathogenetischen Deutung.) (*Istit. di anat. patol., univ., Parma.*) Sperimentale Jg. 79, H. 5, S. 763—790. 1925.

Verf. faßt 2 von Guizetti und eine in vorliegender Arbeit beschriebene Pseudocyste zu einer Gruppe zusammen, die sich dadurch aus der Menge der Rückenmarksgeschwülste heraushebt, daß sie seitlich vom Epiduralraum ausgehen, nicht von Epi- oder Endothel ausgekleidet sind und durch einen schräg von oben nach unten einmündenden Stiel mit der Dura verbunden sind. Durch diesen treten Nervenfädchen und Gefäße in die cystischen Räume ein, deren Innenwand von der Arachnoidea gebildet werden, während die Außenseite aus Durateilen bestand. Je nach der Weite der eintretenden Gefäße und der Höhe des Blutdrucks füllt sich die Pseudocyste mit Liquor. Elastische Fasern fehlen in der Wand, die kollagenen sind vermehrt. Seitlich von der Hinterwurzel ist die Arachnoidea proliferiert. Diese wächst auch in die Dura, in der kern- und psammomgefüllte Lücken zu sehen sind. Ätiologisch kommen parasitäre Einflüsse nicht in Frage. Auch als Folgen von Mißbildungen, Meningocelen und Traktionsdivertikeln sind diese Tumoren nicht anzusehen. Es müssen mehrere

Digitized by Google

Faktoren bei ihrer Entstehung mitwirken. Verf. vergleicht sie mit den Pacchionischen Granulationen. In keinem der erwähnten Fälle bestanden klinische Symptome.

Kastan (Hamburg).

Kostlivý, Stan.: Meningitis serosa circumscripta spinalis. (*Chir. klin., univ., Bratislavě.*) Sborník lékarský Jg. **26**, H. 3/4, S. 93—110. 1925. (Tschechisch.)

Bericht über drei Fälle von Mening. ser. circumscr. spin. mit Kompression des Rückenmarks in der Höhe des 6.—8., resp. 8.—10. Dorsalwirbels. Alle drei Fälle gelangten zur Operation, bei zweien wurden dabei zarte Verwachsungen der Leptomeningen gefunden mit Ansammlung einer größeren Menge einer serösen, dem Liquor ähnlichen Flüssigkeit im Subduralraum, im dritten Fall wurde ein mit den Meningen verwachsenes, bohnengroßes Endotheliom als Ausgangspunkt der Meningitis operativ festgestellt. Dieser Kranke wurde durch die Operation vollständig geheilt. Bei dem ersten Fall besserten sich die sensiblen Störungen dauernd, die motorischen nur vorübergehend, das Schicksal des zweiten Patienten konnte äußerer Gründe wegen nicht weiter verfolgt werden.

Verf. bespricht dann an Hand der Literatur die verschiedenen ätiologischen Möglichkeiten für die Entstehung der Mening. serosa circ. spin., traumatische Momente, akute und chronische Entzündungen der Nachbarschaft (Caries, Osteomyelitis), intramedulläre Prozesse, die im Anschluß an Infektionskrankheiten auftretenden und schließlich die kryptogenetischen Formen unbekannter Genese. Anatomisch findet man alle Übergänge von der einfachen serösen Exsudation bis zur Ausbildung von das Rückenmark komprimierenden Verwachsungen. Symptomatologisch findet Verf. eine volle Bewährung der Horsleyschen Regeln, namentlich der starken Variabilität der Symptome. Therapeutisch sei bei Lokalisation des Prozesses in der Lumbalgegend eine Punktion zu versuchen entsprechend einem vom Verf. beobachteten Falle traumatischer Ätiologie, der nach wiederholter Lumbalpunktion seine Beschwerden völlig verlor. In der weitaus größten Zahl der Fälle sei die Laminektomie indiziert. *Zweig.*

Myelitis, Poliomyelitis, amyotrophische Lateralsklerose, spin. Muskelatrophie, spastische Spinalparalyse:

Ormaechea, Juan B.: Cephaloplegischer Symptomenkomplex bei Kindern. Rev. de la asoc. méd. argentina (Soc. argentina de neurol. y psiquiatría) Bd. **37**, Nr. 232, S. 40—49. 1924. (Spanisch.)

Das 2jährige Kind erkrankte, nachdem es bereits eine Grippe durchgemacht hatte, an einer fieberhaften Magen-Darmstörung. Im Anschluß an diese Erkrankung fiel auf, daß der Kopf nach vorn auf die Brust sank und aktiv nicht mehr bewegt werden konnte. Die Bewegung der Extremitäten und die Sehnenreflexe waren intakt. Nach Verlauf von 8 Tagen stellte sich die aktive Beweglichkeit des Kopfes wieder ein. Fast in gleicher Weise verlief die Erkrankung bei ihrer jüngeren Schwester, bei der sich die Lähmung der Halsmuskeln gleichfalls an eine fieberhafte Magen-Darmstörung angeschlossen hatte. Es handelt sich hier um die seltenen Fälle einer abortiven Form der Poliomyelitis anterior, die nur das obere Halssegment des Rückenmarks befiel und in Heilung ausging. Die Diagnose fand ihre Bestätigung auch darin, daß andere Kinder an der typischen Form erkrankt waren. *Ganter* (Wormditt).

Acqua, Mario: Contributo clinico-statistico alla poliomielite anteriore acuta. (Klinisch-statistischer Beitrag zur Poliomyelitis anterior acuta.) (*Clin. pediatr., univ., Parma.*) Policlinico, sez. med. Jg. **32**, H. 11, S. 558—572. 1925.

Die Statistik Acquas umfaßt 73 Fälle. Davon hatten 36 Fieber, 3 Schmerzen, 6 Verdauungsstörungen, 8 auffällig starke Schweißabsonderung, 3 Nacken- und Rumpfsteifigkeit, 1 Nystagmus und 2 Hirnhautsymptome, 2 stammten aus Gegenden, in denen kleine Epidemien herrschten. Häufig entgehen geringe Fieberanstiege, das erste Symptom, den Verwandten, so daß West nicht recht hat mit seiner „paralysis of the morning". Die meisten Fälle (17) wurden 1916 beobachtet, die wenigsten (2) 1920. Seit 1919 stetiges Abnehmen der Frequenz. In den März fiel die geringste, in den Mai die höchste Erkrankungsziffer. Es ist also in Italien P. a. a. eine Krankheit des Sommers und Herbstes. Im Gegensatz zu Simoninis Material überwogen die Mädchen etwas. Das Hauptkontingent stellt das 2. bis 4. Lebensjahr, dann sinkt, besonders nach dem 10. Jahr, die Morbidität stark. Ein Bein war in 22, beide Beine in 26, die Arme allein in 5 Fällen gelähmt. Bei 9 Kindern war die Parese halbseitig, bei 6 gekreuzt, bei 6 betraf sie die Bauchmuskeln, bei 3 den Facialis, bei je 1 bestand Strabismus. Ptosis, Sphincterlähmung, Beinspasmus. 1 Kind erkrankte nach vorhergehender Pockenimpfung. Im Beginn waren die Knierefleze einige Male gesteigert. *Kastan* (Hamburg).

Digitized by Google

Cone, Vernon: A case of anterior poliomyelitis as studied by the newer staining methods. (Untersuchung eines Falles von Poliomyelitis anterior mit den neuen Untersuchungsmethoden.) (*Pathol. laborat., Presbyterian hosp., Philadelphia.*) Proc. of the New York pathol. soc. Bd. **25**, Nr. 1/5, S. 78—85. 1925.

Die Färbemethodik der spanischen Schule hatte bei einem Fall von akutester Heine-Medinscher Krankheit ($4^1/_2$jähriges Kind, Tod 36 Stunden nach Beginn der Lähmung) folgendes Ergebnis: Die Neurofibrillenmethode von Rio Hortega ergab im Vergleich zu Nissl-Präparaten eine viel größere Widerstandsfähigkeit der Neurofibrillen im Vergleich zu den Nissl-Körperchen. Erstere waren auch in vollkommen von Leukocyten durchsetzten Elementen vielfach gut erhalten oder nur leicht verdickt und an Zahl etwas reduziert. Bei Cajals Goldsublimatmethode zeigen die Astrocyten weit verbreitete Clasmatodendrose (Amöboidose). Die Mikroglia — nach Hortege dargestellt — zeigte neben normalen Exemplaren solche mit Verlust der dornenartigen Fortsätze, sowie mit Schwellung des Zelleibs. In der grauen Substanz war eine befriedigende Darstellung der Mikroglia nicht möglich. Wahrscheinlich sind die bei anderen Färbungen sichtbaren stäbchenförmigen und gebogenen Kerne veränderte Mikrogliakerne. Die Oligodendria zeigte über die weiße und graue Substanz verbreitete Schwellung unter Verlust oder Verdickung und Verkürzung der Fortsätze. Postmortale Vorgänge waren hierbei nicht ganz auszuschließen, aber unwahrscheinlich. — Die beschriebenen Gliaveränderungen waren im ganzen Zentralnervensystem nachweisbar, obwohl die entzündlichen Prozesse auf Rückenmark, verlängertes Mark und Brücke beschränkt waren. *F. Wohlwill.*

Everhart, Edgar S., and Lloyd G. Cole: Report of a large number of poliomyelitis cases in two families. (Bericht über eine große Anzahl von Poliomyelitisfällen in zwei Familien.) Atlantic med. journ. Bd. **28**, Nr. 5, S. 269—270. 1925.

In der einen Familie erkrankten sämtliche 6 Kinder, in der anderen 5 von 7 Kindern an Poliomyelitis. Die Erkrankung beschränkte sich auf die Kinder unter 14 Jahren, ältere Kinder wurden nicht ergriffen. Die meisten dieser Fälle waren Abortivfälle, indem im Anschluß an die Vollerkrankung eines Geschwisters die übrigen mit den Prodromalerscheinungen erkrankten, ohne daß es zu Lähmungen kam. *W. Misch* (Berlin).

Tabes:

Hoff, H., und E. Pollak: Experimentelle Studien zum Metaluesproblem. II. Mitt. Tabes dorsalis. (*Neurol. Inst., Univ. Wien.*) Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. **44**, H. 2/3, S. 281—290. 1925.

Im Gegensatz zum Paralytikerliquor, dessen subdurale Einverleibung nach früheren Untersuchungen der Autoren eine sicher eintreffende Umformung des Liquors der Versuchstiere erzeugt (Eiweiß- und Zellvermehrung, Paralytiker-Goldsolkurve), führt Tabiker-Liquor, subdural injiziert, weder zu einer Erkrankung des Subarachnoidalraums noch des Nervensystems selbst. Eine Zusammenfassung des paralytischen und tabischen Prozesses unter dem gemeinsamen Begriff der Metalues erscheint deshalb von diesem Gesichtspunkte aus als unhaltbar. Die Versuche sprechen ferner gegen Hauptmanns Annahme eines vorwiegend meningealen Infektionswegs bei der Tabes. (I. vgl. dies. Zentrlbl. 42, 198.) *A. Meyer* (Bonn).

Lortat-Jacob et A. Haye: Pigmentation arsénicale chez un tabétique. Disposition semblant affecter un territoire sympathique et radiculaire. (Arsenpigmentation der Haut bei einem Tabiker. Wahrscheinliche Abhängigkeit von radikulärer und sympathischer Innervation.) Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. Jg. **31**, Nr. 9, S. 492—494. 1924.

Ein sicherer Fall von Tabes, der vor 3 Jahren gastrische Krisen hatte, wird mit Salvarsan behandelt (und zwar zunächst mit einer Serie von intravenösen Injektionen, später mit lange fortgesetzten subcutanen Einspritzungen). Im Verlauf der Behandlung zeigt sich symmetrisch an den Oberschenkeln, in der Umgebung des linken Auges und in der Linea alba am Abdomen ohne Vorangehen einer allgemeinen Rötung eine schwärzlich-schmutzige Pigmentierung der Haut. Die Art der Verteilung des Pigmentes läßt die Autoren an eine Abhängigkeit vom sympathischen Nervenapparat denken: die Pigmentzone am linken Auge entspricht nämlich dem unteren sympathischen Cervicalganglion, die Zonen am Bauch, Gesäß und Oberschenkel dem lumbosacralen Sympathicus und Wurzelgebiet. Vorübergehende sensible Störungen in diesen Gebieten von radikulärer Ausbreitung, die während der gastrischen Krisen beobachtet wurden, scheinen diese Auffassung zu stützen. *A. Meyer* (Bonn).

Digitized by Google

Waldmann, Iván: Über Salvarsanwirkung bei tabetischer Sehnervenatrophie. Orvosképzés Jg. 15, Sonderh., S. 62—67. 1925. (Ungarisch.)

Verf. als Augenarzt bezeichnet die Sehnervenatrophie als eine der allerfrühesten Erscheinungen der Tabes, welche bereits dann auftritt, wenn alle anderen neurologischen Erscheinungen noch fehlen. Ihre Häufigkeit gibt er bei der gewöhnlichen Tabes mit 15—20%, bei der juvenilen mit 50% an. Die Dekoloration allein besitzt keine apodiktische diagnostische Sicherheit, und eine solche bedarf noch der Sicherung durch Gesichtsfelduntersuchung. Eine idiopathische Sehnervenatrophie existiert nicht; eine solche kann wohl Jahre hindurch das alleinige Symptom bilden, doch nach wenigen, in vereinzelten Fällen nach mehreren Jahren schließen sich andere tabische Symptome an. Je früher die Diagnose erfolgt, um so günstigere Aussichten in der Behandlung des ansonsten unheilbaren Leidens. Eine sehr frühzeitige Diagnose ermöglichen auch diejenigen Adaptationsstörungen der Retina, auf welche Verf. vor Jahren hingewiesen hat. Pathogenetisch hält Verf. in Übereinstimmung mit Grósz die Sehnervenatrophie für einen aszendierenden degenerativen Prozeß. Therapeutisch sind wir nicht imstande, die Sehnervenatrophie zu heilen, und wir müssen uns damit begnügen, wenn wir das Weiterschreiten verhindern können. Verf. berichtet über seine eigenen Erfahrungen mit Salvarsanbehandlung bei 13 Fällen von Sehnervenatrophie: 5 Fälle mit Dekoloration und geringer Gesichtsfeldeinengung; 3 mit denselben Erscheinungen, jedoch ausgesprochener und $V = {}^{5}/_{20}-{}^{5}/_{30}$; 3 mit entwickelter Atrophie und $V = {}^{5}/_{70}$; schließlich 2 Fälle mit sehr vorgeschrittener Atrophie und bloß Fingerzählen. Diese 13 Tabiker erhielten wegen ihres Grundleidens Salvarsanbehandlung; bei 11 zeigte sich im Anfange der Kur eine geringe Besserung des Sehvermögens, doch bei sämtlichen Kranken ergab sich 3—5 Monate nach beendeter Salvarsankur eine rapide Verschlimmerung der Sehnervenatrophie mit fast vollständiger Erblindung! In einem Falle einseitiger Sehnervenatrophie trat nach der Salvarsankur auch die Atrophie des zweiten Opticus ein. Salvarsan hat auf die übrigen tabischen Symptome keinerlei Verschlechterung resultiert. Bekanntlich reagiert jeder Spirochätenherd auf die Einwirkung eines spezifischen Medikamentes mit einer Reaktion, die um so stärker ist, je schwächer das Mittel oder geringer seine Konzentration; dies scheint auch bei der Sehnervenatrophie der Fall zu sein, wo das Salvarsan nach verschiedenorts ausgeübter Wirkung so sehr diluiert zum Krankheitsherd gelangt, daß es keine spirochätentötende Wirkung auszuüben vermag, sondern bloß eine spirochätenmobilisierende Reizwirkung ausübt; diese wieder resultiert ein entzündliches Ödem, welches durch Druck auf die zuführenden Gefäße die Ernährung der Opticusfasern unterbindet und damit ihre Widerstandsfähigkeit gegenüber von Toxinen aufhebt. Aus diesen Gründen spricht sich Waldmann ganz entschieden gegen jede Salvarsananwendung bei Sehnervenatrophien aus. *Karl Hudovernig* (Budapest).

Rückenmarksgeschwülste:

Elsberg, Charles A.: Some aspects of the diagnosis and surgical treatment of tumors of the spinal cord. With a study of the end results in a series of 119 operations. (Betrachtungen über Diagnose und chirurgische Behandlung von Rückenmarkstumoren. Endresultate von 119 Operationen.) Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 6, S. 1057—1073. 1925.

In der Versammlung der Chirurg. Gesellschaft von Philadelphia und New York gehaltenes ausführliches Referat, das im wesentlichen auf die bereits an anderen Stellen mehrfach publizierten Erfahrungen des Autors (s. bes. Elsbergs Buch über die Rückenmarkstumoren) sich stützt. Behandelt werden der Schmerz bei den Tumoren des Rückenmarks, die Veränderungen im Röntgenbilde, die Differentialdiagnose gegenüber malignen, extraduralen Tumoren, Vorkommen und Verhinderung von Fehldiagnosen, Wiederauftreten von Geschwülsten, operativ-technische Winke, die Operationsmortalität und die Enderfolge. Bei 120 Operationen (bis November 1924) konnte der Tumor 95 mal entfernt werden (80%), konnte nur partiell oder nicht ent-

Digitized by Google

fernt werden in 22 Fällen (18%) und wurde 3mal (2%) bei der 1. Operation nicht gefunden. Unter den 95 entfernten Tumoren 8 operative Todesfälle (8,4%), bei den 22 partiell oder nicht entfernten 5 operative Todesfälle (23%). Von den Patienten mit vollständig entfernter Geschwulst wurden 42% arbeitsfähig. *Erna Ball* (Berlin).

Smitt, W. G. Sillevis, und S. T. Bok: Lipiodol bei der röntgenologischen Untersuchung des Rückenmarkes und seiner Häute. (*Psychiatr.-neurol. Klin., Valeriusplein, Amsterdam.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 87, H. 4/6, S. 263—281. 1925.

Verff. wandten die Injektion von Lipiodol auf dem Wege der Lumbalpunktion, gegebenenfalls mit anschließender Trendelenburgscher Lagerung, an. Sie gewannen auch auf diesem Wege, der weniger gefährlich ist als die Einbringung durch Suboccipitalpunktion, nutzbringende Resultate. Im 1. Fall zeigte die Injektion die untere Grenze einer intramedullären Geschwulst in Höhe des VIII. Brustwirbelkörpers (hier konnten die Autoren klinisch die obere Grenze der Geschwulst nicht genau bestimmen). Im 2. Fall fand eine klinisch angenommene Kompression der Cauda nach Wirbelfraktur ihre Bestätigung. Bei einem Mann mit Spondylitis tuberculosa des 3. und 4. Lendenwirbels deuteten klinische Erscheinungen auf Druck auf die Cauda. Da die Lipiodolprobe beim Gleiten des Öls von oben nach unten ein negatives Resultat ergeben hatte, ließen die Autoren das Lipiodol noch einmal in der Richtung nach dem Schädel hin fließen und das Bild so schnell wie möglich nach dem Bringen in die Trendelenburgsche Lage nehmen. Sie fanden jetzt die Masse in Höhe des 4. Lendenwirbels zusammengeballt und darüber hinaus feinstreifige Tropfen in der Richtung nach dem Schädel zu, wie sie es im normalen Duralsack nie beobachteten oder nur in den Duralscheiden um die austretenden Wurzeln und in den Fasern der Cauda, hier aber hinter dem Lipiodolschatten. Derartige „relative Arrêts" können diagnostisch wesentlich sein. Deshalb sollte jeder negative Lipiodolbefund mittels Lipiodolpassage in umgekehrter Richtung kontrolliert werden. Die Form der arretierenden Oberfläche kann, wie an Hand eines Falles gezeigt wird, bei ventro-dorsaler und querer Darstellung wichtig zur Entscheidung der Frage des intra- oder extraduralen Sitzes eines Hindernisses sein. Eine breite Basis des Schattens nach der Seite des Hindernisses zu kann bei extraduralem Druck nicht vorkommen. In einem weiteren Fall stützte multiple Dauerfixation die Diagnose Meningitis adhaesiva. *Erna Ball* (Berlin).

Peiper, Herbert: Über die Darstellung raumbeengender Prozesse des Rückenmarks (Myelographie). (*49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.*) Arch. f. klin. Chir. Bd. 138 (Kongreßbericht), S. 68—69. 1925.

Drei myelographische Typen der Darstellbarkeit von Tumoren werden vom Verf. unterschieden. Beim ersten findet sich ein totaler Stopp des Jodipins an der oberen Tumorgrenze auf Dauer, beim zweiten bleibt ein Teil des Jodipins an der oberen Tumorgrenze liegen, der andere Teil tritt nach unten durch oder legt sich auf Dauer den Flanken des Tumors an. Typ 3 verhält sich erst wie 1 oder 2; nach 24 Stunden ist aber bereits alles Jodipin nach unten durchgetreten. Aus der unteren Jodipinsilhouette Sicheres über die Art des Tumors auszusagen, gelingt im allgemeinen nicht. Auch intramedulläre Tumoren können im Beginn versagen. Bei frischen Wirbelfrakturen mit größeren Markschäden gelang mittels der Myelographie mehrfach die operativ richtige Abgrenzung der gewöhnlichen Commotio von der knöchernen Dauerkompression. Es ließ sich ferner zeigen, daß ein Teil von Spätschäden des Marks nach Wirbelfrakturen ihre Ursache in Adhäsionen und Duranarben hat. Differentialdiagnostisch wichtig kann die Myelographie in der Frage Myelitis oder chronische Arachnoiditis sein, wie besonders ein Fall von Spätfolgen nach ausgeheilter Pneumokokkenmeningitis zeigte. *Erna Ball* (Berlin).

Mott, Frederick: The early diagnosis of disease of the spinal cord. (Frühdiagnose spinaler Erkrankungen.) Practitioner Bd. 115, Nr. 4, S. 233—247. 1925.

Der Aufsatz will den Praktiker auf die Symptome bei spinalen Erkrankungen aufmerksam machen. Die Überschriften der einzelnen Absätze lauten: Funktionelle Erkran-

Digitized by Google

kung: hysterische Zeichen und Symptome, die Rückenmarksleiden nachahmen; Rückenmarksleiden nachahmende Neurasthenie; Charakter der Schmerzen bei Rückenmarksleiden; syphilitische Meningitis als Ursache von Wurzelschmerzen; Schmerzen bei Neuritis und Tabes; viscerale Krisen als Frühsymptom der Tabes; Frühsymptome bei Meningomyelitis. Entzündungen und Druck auf die Wurzeln nicht die einzige Ursache abnormer Sensationen; abnorme Sensationen ein Frühsymptom von Rückenmarkskrankheiten; objektive Sensibilitätsstörungen; Fehlen sensibler Erscheinungen bei manchen Rückenmarkskrankheiten; Wert der anatomischen Lokalisation für Diagnose und Prognose; Lokalisation und chirurgisches Eingreifen. *Erna Ball* (Berlin).

Favill, John, D. E. Faxon and D. A. Palmer: A case of cervico-medullary tumor. (Über einen Fall von Halsmarkgeschwulst.) Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. **62**, Nr. 3, S. 279—283. 1925.

Mitteilung eines Falles von Geschwulst des obersten Halsmarkes, die durch das Foramen magnum hindurchgewachsen war. Trotz Sitzes der hühnereigroßen Geschwulst oberhalb der Segmente für die Muskulatur der Arme war es zu deutlichen Atrophien der Schulter-Oberarmmuskeln und der kleinen Handmuskeln gekommen. Da die mikroskopische Untersuchung der Vorderhornzellen der entsprechenden Segmente normale Verhältnisse zeigte, wird die Atrophie auf Verletzung der vorderen Wurzeln auf mechanischem Weg zurückgeführt. *Erna Ball* (Berlin).

Sittig, Otto: Zur Höhenlokalisation der Rückenmarkstumoren. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. **59**, H. 3/4, S. 200—208. 1925.

Mitteilung von 2 Fällen. Im 1. Fall war der vom Verf. diagnostizierte extramedulläre Tumor von Cassirer in Höhe des 10. Dorsalsegmentes angenommen und bei der Operation von Krause auch dort gefunden worden. Die Höhendiagnose stützte sich neben dem Verhalten der Bauchreflexe auf eine konstant anästhetische Zone der rechten unteren Bauchhaut, die scharf in der Nabellinie abschloß. Im Gegensatz dazu wurde ein konstanter und heftiger Schmerz im Wurzelgebiet von D VIII auf Liquorstauung oberhalb des Tumors, die sich gleichfalls bei der Operation bestätigte, bezogen. In einem 2. Fall von Tumor, in dem mittels der Lipiodolprobe die Höhe röntgenologisch genau bestimmt werden konnte, hatten Wurzelschmerzen wie auch die objektive Sensibilitätsstörung auf einen zu hohen Sitz des Tumors gedeutet. *Erna Ball* (Berlin).

Veraguth, Otto: Subduraler Tumor auf dem Lumbosakralmark. Lipiodolbild. Operation. Heilung. Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 45, S. 1022—1027. 1925.

In einem Fall von extramedullärem Tumor, bei dem die Diagnose einige Monate vor Eintritt ausgesprochener Kompressionserscheinungen von anderer Seite auf Sclerosis multiplex gestellt worden war, brachte das Lipiodolbild die klinisch oft unmögliche Entscheidung darüber, daß der Tumor am Lumbosacralmark und nicht in der Cauda equina saß; ebenso brachte es nach Ansicht des Verf. die Entscheidung darüber, daß es sich um einen Tumor und nicht um die in dieser Gegend häufigen Entzündungen handelte (Ref. muß demgegenüber betonen, daß sie Anhalten des Lipiodols auch bei entzündlichen Verwachsungen der Caudawurzeln gesehen hat). Von der topischen Diagnose abgesehen wird das Lipiodol gute Dienste auch in der oft schweren Differentialdiagnose zwischen Tumor und Sclerosis muliplex (spinale Form) und zwischen Tumor und Querschnittsmyelitis leisten. Dabei darf jedoch nicht angenommen werden, daß jeder raumbeschränkende Herd im Spinalkanal ein beweisendes Lipiodolbild ergeben muß. *Erna Ball* (Berlin).

Wirbelsäule:

Brăteseu, Virgil, G. N. Giurea und Virgil Racoveanu: Syndrom der mehrmaligen Zahlenreduktion in den Segmenten der Wirbelsäule. Rev. sanit. milit. Jg. **24**, Nr. **10**, S. 391—396. 1925. (Rumänisch.)

Bei einem Soldaten hat man mit Röntgenuntersuchung nur 5 Cervical-, 11 Rücken- und 3 Lendenwirbel konstatiert. Im ganzen bestand die Wirbelsäule aus 19 Wirbeln. *Urechia* (Klausenburg).

Neck, M. van: Un cas de sacralisation de la cinquième lombaire. (Ein Fall von Sakralisation des 5. Lendenwirbels.) Arch. franco-belges de chir. Jg. **28**, Nr. 6, S. 505 bis 510. 1925.

Mitteilung eines Falles. Es bestand als bemerkenswert ein schmerzhaftes Knacken beim Beugen des Rumpfes, das auch nach der Operation mehrere Wochen anhielt. *Kurt Mendel.*

Gregory, Arthur: Psoasschmerz bei Spondylitis. Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 39, S. 2165—2166. 1925.

In beginnenden Fällen von Spondylitis fehlen häufig die kardinalen Symptome der Spondylitis: Gibbus und Druckschmerz der Processus spinosi. In Fällen, in denen

Digitized by Google

Verdacht auf eine Erkrankung der unteren Brust- und der Lendenwirbelsäule besteht, finden sich nach dem Verf. oft zwei Symptome, die die Diagnose auf Spondylitis wahrscheinlich zu machen vermögen, nämlich Schmerz bei Druck seitlich von den Proc. spin. auf die Wirbelbögen und Schmerz bei tiefer gleitender Palpation der Ursprungsstelle des M. psoas bei entspannten Bauchdecken. Oft dabei zugleich Schmerz, der in das Bein der Psoasschmerz zeigenden Seite ausstrahlt. Bei Besserung des Gesundheitszustandes und Schwinden der subjektiven Erscheinungen schwinden der Schmerz bei Druck der einen oder der anderen Seite des Proc. spin. sowie der Psoasschmerz. Der Psoasschmerz ist als Frühsymptom der Spondylitis des unteren Dorsal- und des Lumbalteiles anzusehen. *Erich Schempp* (Tübingen).

Barré, J. A.: Arthrite vertébrale chronique et troubles médullaires, arthrite vertébrale chronique et tumeur de la moëlle. (Chronische Arthritis der Wirbelsäule mit Erscheinungen von seiten des Rückenmarks, chronische Arthritis der Wirbelsäule und Rückenmarkstumor.) Paris méd. Jg. 15, Nr. 40, S. 266—269. 1925.

Wie Verf. und andere Autoren schon verschiedentlich ausgeführt haben, kommen bei Arthritiden der Wirbelsäule Symptome von seiten des Rückenmarks, insbesondere Schädigungen der Pyramidenbahnen vor. Da umgekehrt primäre Erkrankungen des Rückenmarks, wie beispielsweise Tumoren, nicht selten mit arthritischen Veränderungen der Wirbelsäule einhergehen, können diagnostische Schwierigkeiten entstehen. Nach Aufzählung der andernorts publizierten eigenen und fremden Erfahrungen auf diesem Gebiet rät Verf. in differentialdiagnostisch schwierigen Fällen insbesondere zu beachten, ob neben den Pyramidenstörungen allmählich ein Brown-Séquard sich entwickelt, ob eine Anästhesie deutlich wird, ferner sind wiederholte Liquorkontrolle und die Sicardsche Lipiodolprobe wesentlich. *Erna Ball* (Berlin).

Leizaga, Niceto S., und Rafael Espinola: Maligne Tumoren des Wirbelkanals durch ultrapenetrierende Radiotherapie behandelt. Arch. de la conferencia de med. del hosp. Ramos Mejía Bd. 8, Nr. 3, S. 62—72. 1924. (Spanisch.)

In 2 Fällen von Rückenmarkskompression, die bereits zu Querschnittslähmung geführt hatte, wurde durch die im Titel angegebene Behandlung ein deutlicher Rückgang der Erscheinungen bewirkt. Im 1. Falle, in dem ein neben der Wirbelsäule gelegener, pathologisch-anatomisch als Rundzellensarkom erkannter Tumor nach der Bestrahlung vollkommen verschwunden war, machten 1 Jahr nachher auftretende Rezidiverscheinungen am Rückenmarke eine erneute Bestrahlung notwendig; die durch sie erzielte Besserung hält bereits ca. 1 Jahr 2 Monate an. Im 2. Falle hält die Besserung bereits 1 Jahr 8 Monate an. — In der Aussprache spricht Cisneros Zweifel daran aus, ob es sich überhaupt um Sarkome gehandelt hat. (Für den 2. Fall erscheint dem Ref. dieser Zweifel berechtigt, da ein sicherer Anhaltspunkt für die Malignität des komprimierenden Prozesses nicht vorlag.) *Reich* (Breslau).

Periphere Nerven:

Neuralgie, Kopfschmerz:

Fisher, Fred: Sphenopalatine ganglion neurosis. (Neuralgie des Ganglion sphenopalatinum.) Atlantic med. journ. Bd. 28, Nr. 2, S. 59—62. 1924.

Das Ggl. sphenopalatinum ist nur durch eine ganz dünne Knochenwand getrennt von der Kieferhöhle und den Siebbeinzellen und wird daher durch Erkrankung derselben oft mitbetroffen. Während ihm aber die Kieferhöhle nur in ihrem oberen Teil anliegt, der gewöhnlich oberhalb eines Eiterniveaus gelegen ist, so daß von hier aus eine Infektion des Ganglions seltener ist, ist ein Übergang von Eiterungsprozessen der Keilbeinhöhle und der Siebbeinzellen auf das Ganglion ziemlich häufig. Die bei Affektion des Ganglions auftretenden Schmerzen betreffen den unteren Teil der Orbita und die Nasenwurzel, von wo sie nach dem Oberkiefer, dem Warzenfortsatz und dem Nacken, ja oft auch in Schulter, Arm und Finger ausstrahlen; auch in Gaumen, Schlund und Tonsillen werden sie wahrgenommen. Die Diagnose ist zu stellen durch Cocainisierung des Ganglions (mit 20proz. Lösung): Appliziert man etwa 5 Min. lang Cocain hinter und oberhalb dem hinteren Ende der mittleren Muschel, so sistiert der Schmerz, wenn er durch Erkrankung des Ganglions

Digitized by Google

bedingt ist. Eine dauernde Beseitigung des Schmerzes wird erzielt durch Injektion von 5 proz. Carbolalkohol in das Ganglion (8—10 Tropfen); die Injektion geschieht mit einer an der Spitze rechtwinklig gebogenen Nadel hinter dem hinteren Ende der mittleren Muschel, wobei die Nadelspitze zunächst nach unten gerichtet ist und dann nach außen und oben gedreht wird; bei schlechter Technik besteht Gefahr der Injektion in die Schädelhöhle. Die Kausaltherapie besteht in Beseitigung von etwa bestehenden Nebenhöhleneiterungen. Neben den oben beschriebenen Schmerzen kann die Ganglionerkrankung durch Reizung des sympathischen Ganglionanteils die Symptome von Heufieber und Asthma hervorrufen; es gibt Asthmafälle, die durch Cocainisierung des Ganglions beseitigt werden können. Ferner sollen Zusammenhänge zwischen Erkrankung des Ggl. sphenopalatinum und Dysmenorrhöe, Glaukom, Ulcus corneae, Keratitis interstitialis und Iritis bestehen; durch Cocainisierung des Ganglions sollen nicht nur die diese Erkrankungen begleitenden Schmerzen beseitigt, sondern auch die Erkrankungen selbst erheblich gebessert werden können. Von 50 injizierten Ganglionfällen wurden 16 an der Keilbeinhöhle operiert, von denen einige kurz mitgeteilt werden.

W. Misch (Berlin).

Obarrio, Juan M.: Onyrische Neuralgie des Trigeminus. Rev. de la soc. argentina de neurol. y psiquiatr. Bd. **1**, Nr. 3, S. 59—64. 1925. (Spanisch.)

42jähriger Mann. Seit 15 Monaten V-Neuralgie im rechten oberen, dann auch unteren Maxillaris. Die Anfälle sehr selten tags, seit 2 Monaten nur nachts: nach 2stündigem Schlaf Erwachen, ca. $^1/_2$ Stunde heftige Schmerzen, nach abermaligem 2stündigem Schlaf kürzere Schmerzattacke. Analgetica ohne Wirkung. Heilung durch Diät, Schwefel-, Phosphor-, Natr. bicarbonicum-Medikation. Nach Verf. handelt es sich um eine leichte Neuritis im Trigeminusgebiet, die sich erst schmerzbar bemerkbar macht, wenn weitere Schädlichkeiten hinzutreten (nächtliche Toxinüberladung von Blut bzw. Nerven infolge des im Schlaf stark verringerten Stoffwechsels besonders bei vorhandener Hypofunktion der Leber).

Pfister (Berlin-Lichtenrade).

Vigh, Ágoston: Beiträge zur Injektionsbehandlung der Ischias. Orvosképzés Jg. **15**, Sonderh., S. 45—57. 1925. (Ungarisch.)

Bericht über 62 Ischiasfälle, welche mit perineuraler Injektion nach Lange behandelt wurden. In 4 Fällen mit Schleichscher Lösung, in 4 Fällen mit physiologischer Kochsalzlösung, in 1 Fall dieselbe mit Novocainzusatz, in den übrigen Langes Kochsalzlösung mit β-Eucain. Von den subakuten Fällen wurden geheilt 66%, gebessert 28%, ungeheilt blieben 6%. Für die chronischen Fälle stellen sich dieselben Verhältniszahlen auf 71, 21 und 4%. In den refraktären Fällen blieb auch die physikalische Behandlung ohne Erfolg. — Die Injektion soll stets unter einem gewissen Druck in den Nerv oder in das perineurale Gewebe erfolgen. Zur Anwendung soll gelangen ein Quantum von 80—100 ccm und kann in 5—6 tägigen Zwischenzeiten wiederholt werden. Die Zusammensetzung der Lösung ist ohne Einfluß. Akute Fälle kontraindizieren die Injektionsbehandlung. Gleichzeitige Anwendung physikalischer Behandlung ist angezeigt.

Karl Hudovernig (Budapest).

Periphere Nervenlähmung, Neuritis, Herpes zoster, Nerventumoren:

Sargnon, A., et Mayoux: Paralysie des dix derniers nerfs crâniens par tumeur péritubaire (cylindrome). (Lähmung der 10 letzten Hirnnerven infolge Zylindroms.) Oto-rhino-laryngol. internat. Bd. **9**, Nr. 10, S. 545—549. 1925.

Mitteilung eines Falles: 46jährige Frau. Die 10 letzten linken Hirnnerven sind teils durch den Tumor selbst, teils durch die geschwollenen Cervicaldrüsen lädiert. Auch der linke Halssympathicus ist mitergriffen.

Kurt Mendel.

Marx, H.: Über Epiglottis-Lähmung. Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **13**, H. 1, S. 111—114. 1925.

Bei einem Taboparalytiker fand sich eine bisher nicht beschriebene Parese der Epiglottismuskeln, so daß dieselbe beim Schluckakt nicht nach hinten klappte, sondern aufgerichtet stehen blieb. Infolgedessen sammelten sich Speisereste im Sinus pyriformis zu beiden Seiten der Epiglottis an, die starken Hustenreiz verursachten. Bewegungen der Zungen-, Schlund- und Kehlkopfmuskeln nicht gestört. Der Fall spricht für die ältere Annahme, daß die Epiglottis

Digitized by Google

beim Schluckakt aktiv durch spezielle Muskeln bewegt und nicht passiv nach oben und vorn geschoben wird. Als Muskeln kommen schwache Bündel vom Thyreoepiglotticus und Stylopharyngeus in Betracht, von denen der erstere vom Recurrens, der letztere vom Glossopharyngeus innerviert wird. Es muß wohl eine Kernläsion zugrunde liegen. *Nic. Gierlich.*

Šercer, Ante: Une anastomose hypoglosso-faciale réussie. (Eine gelungene Facialis-Hypoglossus-Anastomose.) (*Clin. oto-laryngol., univ., Zagreb.*) Liječnički vjesnik Jg. **47**, Nr. 11, S. 693—699. 1925.

Nach Ohroperation periphere Facialislähmung mit kompletter EaR. Die Facialis-Hypoglossus-Pfropfung brachte ein sehr gutes Resultat, allerdings blieb der obere Facialisast unbeweglich, während der mittlere und untere gut funktionierten. *Kurt Mendel.*

Finckh: Polyneuritis unbekannter Herkunft (Frage der Arsenikvergiftung). (*Univ.-Nervenklin., Königsberg i. Pr.*) Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. **31**, Nr. 17, S. 227—229. 1925.

Fall von Polyneuritis mit unklarer Ätiologie. Bei dem Patienten war 2 Tage vor Beginn der Erkrankung an zwei Zähnen zur Nervtötung Arsen eingelegt worden. Trotzdem scheint die Polyneuritis nicht auf diese zahnärztliche Behandlung zurückzuführen zu sein, vielmehr auf eine Erkältungsnoxe (idiopathische Polyneuritis). Nach Verschlucken der Arseneinlage (was im vorliegenden Falle nicht stattfand) kommen Arsenvergiftungen vor; auch eine spezielle Idiosynkrasie gegen Arsen ist hier nicht anzunehmen. *Kurt Mendel.*

Skubiszewski, Félix: De la polynévrite traumatique obstétricale, toxi-gravidique et infectieuse puerpérale. (Über traumatische Geburts-, toxische Schwangerschafts- und infektiöse Wochenbetts-Polyneuritis.) (*Clin. neurol., univ., Varsovie.*) Rev. neurol. Jg. **32**, Bd. **2**, Nr. 3, S. 370—381. 1925.

Die Graviditätstoxine können auch noch nach der Schwangerschaft Neuritiden hervorrufen, abgesehen davon, daß auch der Geburtsakt und das Puerperium Toxine ins Blut bringen.

Verf. berichtet über 4 Fälle: 1. Gravidität + Geburtsakt; linker Ulnaris + rechter Plexus lumbosacralis. 2. Gravidität + Geburtsakt; linker Ulnaris und Radialis + rechter Plexus lumbosacralis. Im 1. Fall plattes Becken, im 2. großer Kindeskopf. Betroffen war am schwersten der N. peronaeus, dann folgten Tibialis, Glutaei, Ischiadicus-Stamm, Obturatorius und Cruralis. Verf. erklärt diese Reihenfolge an Hand von 2 Abbildungen durch die Topographie der Nerven im kleinen Becken. An der Leiche sah Verf., daß der peronäale Anteil des Truncus lumbosacralis derjenige ist, der dem Knochen direkt anliegt. Jedoch kommt auch er um die Annahme einer größeren „Vulnerabilität" des Peronaeus nicht herum. Der Druck des Kindeskopfes spielt vor allem bei pathologischen Becken eine Rolle und wirkt erst unterhalb der Lin. innominata. — Fall 3: Puerperale Sepsis + lokaler Entzündungsprozeß in der Nachbarschaft der Nerven; linker Medianus + beide Beine (besonders Peronaei und Tibiales). 4. Puerperale Sepsis; linker Facialis. — Zum Schluß beschreibt Verf. ein Symptom der leichten Quadricepsparese: das dem Heben des gestreckten Beines vorausgehende Stadium der Feststellung der Patella dauert auf der kranken Seite länger, der Anstieg der Patella erfolgt energischer und hat eine größere Amplitude. *Josef Wilder* (Wien).

Bregman, L. E.: Herpes zoster und Lähmung des Gesichtsnerven. Neurologia polska Bd. 8, H. 1, S. 29—32. 1925. (Polnisch.)

Eine Woche anhaltender Herpes zoster intercostalis ($D_{5—6}$), in dessen Anschluß sich eine leichte, nach kurzer Frist spurlos geheilte homolaterale Gesichtslähmung einstellt. Verf. will eine zufällige Koinzidenz von Gürtelrose an der Brust und Lähmung am Gesicht ausschließen. Bregman meint, dasselbe Virus habe — entgegen der herrschenden Regel — nicht gleichzeitig und nicht benachbarte Nervenelemente, sondern fernliegende affiziert. Er vermutet, daß bei der Paralysis facialis mit Zoster oticus die Lähmung nicht sekundär durch Druck oder Nachbarwirkung des geschwollenen Ganglion geniculatum entstehe, sondern unabhängig durch primäre Erkrankung der motorischen Elemente. Im Anschluß an die Demonstration wird die Zosterliteratur, speciell die klassischen Arbeiten Ramsay-Hunts, besprochen. *Higier* (Warschau).

Rodriguez, Jose N.: The disturbances of cutaneous sensibility in leprosy. (Über Störungen der Hautsensibilität bei der Lepra.) Philippine journ. of science Bd. **27**, Nr. **4**, S. 455—481. 1925.

Verf. berichtet über 800 Untersuchungen an 200 Leprakranken. Er kommt zu folgenden Resultaten: Bei den drei für Lepra charakteristischen Hautveränderungen — Infiltration, Knötchenbildung und pigmentlose Stellen — ist Anästhesie zwar gewöhnlich, aber nicht stets vorhanden. Auch wechselt sie zeitweise. Andererseits findet sich bei genauer Untersuchung anscheinend normaler Hautstellen Anästhesie. In den

Digitized by Google

infiltrierten Stellen läßt sich manchmal Dissoziation der Empfindung nachweisen, nie Hyperästhesie. Die Knötchen liegen oft in völlig normaler Haut. Die weißen Flecken stellen den jüngsten Krankheitsherd dar und enthalten oft Leprabacillen. In diesen Flecken findet man am Rande oft hyperästhetische Stellen, dann auch Verlust der epikritischen Sensibilität bei erhaltener protopathischer. Diese für periphere Nervenläsion charakteristische Veränderung der Hautsensibilität entscheidet in Anfangsstadien die Diagnose gegenüber Syringomyelie. Therapeutisch hatte die subcutane Injektion von 7 ccm Äthylester des Chaulmoograöls pro Woche günstigen Einfluß auf die Analgesie. Die prozentuale Verteilung der Hautveränderungen und tabellarische Übersicht über die Anästhesie und Besserung durch die Injektionen müssen im Original nachgelesen werden. *Nic. Gierlich* (Wiesbaden).

Muskuläre Erkrankungen:

Cavengt, Santiago: Oppenheim-Werdnig-Hoffmannsche Krankheit. Pediatria española Jg. **14**, Nr. 155, S. 225—244. 1925. (Spanisch.)

Auf Grund mehrerer eigener Fälle und der einschlägigen Literatur kommt Verf. zu dem Schlusse, daß die Myatonia congenita Oppenheim und die Werdnig-Hoffmannsche Krankheit eine Krankheitseinheit bilden. Die zur Differentialdiagnose herangezogenen Zeichen — familiäres Auftreten, angeborenes Leiden bzw. späterer Beginn, Vorhandensein bzw. Fehlen der Muskelatrophie, verschiedenes elektrisches Verhalten, Fortschreiten bzw. Neigung zur Heilung — lassen in vielen Fällen im Stiche. Die verschiedenen, den beiden Krankheiten entsprechenden Zustandsbilder sind verschiedene Entwicklungsstadien derselben Krankheit. Verf. schlägt die Bezeichnung Oppenheim-Werdnig-Hoffmannsche Krankheit vor. *Reich* (Breslau).

Jensen, Erik: Über die Volkmannsche ischämische Paralyse. Ugeskrift f. Laeger Jg. **87**, Nr. 34, S. 729—734 u. Nr. 35, S. 756—759. 1925. (Dänisch.)

Ein Studium der Literatur ergibt als Ursache für die ischämische Lähmung: Zu eng angelegte Bandagen, den Esmarchschen Schlauch, Kontusion und Unterbindung großer Arterien und Kompression von Arterien durch die Bruchstücke oder durch große Hämatome. Die Ansichten sind sehr verschieden nach dem Grad der Muskelschädigung und nach der Dauer der Contractur. Es gibt Fälle, in welchen die gesamte Muskulatur so vollständig narbig verändert ist, daß jede Wiederherstellung ausgeschlossen bleibt. Besser als die Resektion der Knochen und die Sehnenplastiken scheint dem Verf. zur Behandlung die langsame Streckung der Contracturen nach der Methode von Mommsen, welche, wie Jenssen hervorhebt, bereits einen Vorgänger hat in dem 1904 veröffentlichten Verfahren von Lycklerna a Nyeholdt.

Zn den bisher bekannten Fällen von Volkmannscher Lähmung fügt Jensen 12 neue aus der Klinik Guildals, welche er nach 1—23 Jahren nachuntersuchen konnte. Von diesen waren 5 überhanpt nicht behandelt worden, weil der Beginn bereits zu weit zurücklag. 3 waren operiert worden mit Sehnenplastiken, davon waren 2 Fälle schlecht, fast wie unbehandelt, der 3. war zur Nachuntersuchung nicht erschienen. Die 4 letzten Fälle waren nach Mommsen behandelt worden. Davon hatte einer fast vollständige Funktion, einer nur geringe Besserung, 2 sind noch in Behandlung unter gutem Fortschritt. *Port* (Würzburg).

Grunke, W.: Tuberkulose als Ursache einer Dermatomyositis. (*IV. med. Univ.-Klin., städt. Krankenh. Moabit, Berlin.*) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. **102**, H. 2/3, S. 311 bis 319. 1925.

Ein 55jähriger Mann erkrankt scheinbar aus voller Gesundheit mit einer Schwellung und Schmerzhaftigkeit des einen Handgelenks, wobei die Haut der Umgebung prall gespannt, glänzend und gerötet erscheint. Die Veränderungen, bis auf die Hautrötung, bilden sich nach einiger Zeit zurück. Kurze Zeit darauf treten ähnliche Veränderungen an dem anderen Handgelenk und seiner Umgebung auf und bilden sich im gleichen Sinne wieder zurück. Der weitere Verlauf gestaltet sich in Form von Rezidiven, die sich aber nicht mehr auf die Gelenke und ihre Umgebung beschränken, sondern die verschiedensten Körperteile befallen. Ein Jahr nach Beginn der Erkrankung wird Patient wegen Gliederschmerzen und allgemeiner Schwäche im Krankenhaus aufgenommen. Die deutlichsten Veränderungen lassen sich an der Haut und den Muskeln der Extremitäten und an der Mundschleimhaut nachweisen. Die Haut der Extremitäten ist intensiv und diffus gerötet, sie ist trocken, schuppend und etwas atrophisch.

Digitized by Google

Die Muskulatur der befallenen Abschnitte hat eine zähe, starre, etwas teigige Beschaffenheit, die Konsistenz des erschlafften Muskels unterscheidet sich nur sehr wenig von der des kontrahierten. Die grobe Kraft der befallenen Muskeln ist herabgesetzt. Sensibilität und Reflexe sind normal, Zungen-, Lippen- und Wangenschleimhaut ist deutlich atrophisch. Körpertemperatur: 37—39°. Kräfteverfall, Pleuritis, Exitus. Die Autopsie zeigt, daß es sich in der Muskulatur um tuberkulöse Veränderungen handelt. Der tuberkulöse Prozeß beschränkt sich nur auf die Muskelfascie. Klinische Diagnose: Dermatomyositis. *Kurt Mendel.*

Sympathisches System und Vagus:

Kraus, Alfred: Beitrag zur Klinik und Anatomie der Sklerodermie im Kindesalter. (*Dtsch. Univ.-Kinderklin. d. Landesfindelanst., Prag.*) Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 25, S. 921—924. 1925.

Verf. berichtet über den weiteren Verlauf einer Sklerodermie, deren Beginn in das 1. Lebensjahr des Kindes fiel. Damals wurde klinisch das Nebeneinander circumscripter und diffuser Infiltrationen meist in symmetrischer Verteilung beobachtet. Der Induration war ein Stadium der Ödembildung nicht vorangegangen. Die damals an einer der Außenseite des Oberschenkels entnommenen Hautspindel durchgeführte histologische Untersuchung ergab, daß es sich im wesentlichen um Störungen im Bereich der Cutis handelte. Die Cutis war aus mächtigen Zügen verdickter und verfilzter breiter Bindegewebsbündel zusammengesetzt. Der cutane Verdichtungsprozeß erstreckte sich weit in das subcutane Gewebe hinein, indem allenthalben Massen dichten Bindegewebes nach der Tiefe strebten, so daß das Fettgewebe durch die zapfenartigen Fortsätze wie gesprengt erschien. An das Fettgewebe gebundene entzündliche Prozesse, ein interstitielles oder parenchymatöses Ödem waren nicht nachzuweisen. An den Schweißdrüsen und Gefäßen der tieferen Schichten fand sich reichlich perivasculäre Infiltration. Auffällig war eine Hypertrophie der Arrectores. — Im weiteren Verlauf, der jetzt bis zum 7. Jahre des Kindes zu überblicken ist, haben sich die Erscheinungen nicht weiter ausgebreitet, teilweise ist es zu einer Rückbildung gekommen. Am deutlichsten sind die Veränderungen im Bereich der unteren Extremitäten. Das Kind hatte sonst keine nennenswerten Gesundheitsstörungen aufzuweisen, war grazil gebaut, anämisch, machte für sein Alter einen recht schwächlichen Eindruck. *Erwin Straus* (Charlottenburg).

Mumford, P. B.: Two cases of Raynaud's syndrome presenting unusual features. (2 Fälle von Raynaud mit ungewöhnlichen Erscheinungen.) (*Skin. dep., royal. infirm., Manchester.*) Brit. journ. of dermatol. a. syphilis Bd. **37**, Nr. 10, S. 414—417. 1925.

In dem ersten Fall begann die Erkrankung im Anschluß an einen „Grippe"-Anfall mit Schwellung und Rötung der Fersen und Schmerzen in den Füßen; dann traten kurzdauernde bläuliche Flecken an den Schenkeln, Armen und Füßen unter gleichzeitigem Kältegefühl auf. Gleichzeitig traten Anfälle von „weißen Spasmen" in den Fingern auf, die anfangs nur wenige Minuten anhielten und allmählich immer länger dauerten. Beim Eintritt in die ärztliche Beobachtung bestanden gangränöse Flecken bezw. Ulcerationen an den Ohren, den kleinen Zehen, den Knieen und an der Vorderseite des linken Oberschenkels; an der linken Fußsohle und am rechten Vorderarm fanden sich oberflächliche Veränderungen, die an hämorrhagische Blasen erinnerten. Bei Entblößung des Rumpfes trat intensives Kältegefühl und Cyanose auf. Während der folgenden Monate bestand unregelmäßiges Fieber mit gelegentlichen Schüttelfrösten, die von Dyspnöe und heftigen Schmerzen an Händen und Füßen begleitet waren. Behandlung mit Schilddrüsenpräparaten, Calcium und antispasmodischen Mitteln war erfolglos, vorübergehende Besserung trat zuweilen nach allgemeiner Diathermie ein. Das Suchen nach septischen Herden im Blut, an den Zähnen, in den Nebenhöhlen, im Darm, in Ohr, Nase und Cervix war erfolglos, dagegen fanden sich im Urin vereinzelte Eiterkörperchen und ein Streptococcus longus. Nach einer Reihe von klonischen Krampfanfällen vom Jackson-Typ trat schließlich Exitus ein, Sektion wurde verweigert. — In dem zweiten Fall handelt es sich um einen 24jährigen Mann, der seit 10 Jahren an Anfällen von „Absterben der Finger" litt. Zuletzt war nach einem Erkältungsfieber eine Schwellung der Hände und Füße und später auch des Gesichtes aufgetreten. Kurze Zeit darnach trat allmählich Blaufärbung und Kälte an den Fingern und Ohren auf; nach vorübergehender Besserung stellte sich, im Anschluß an einen heftigen Schmerzanfall in der rechten Fossa iliaca mit Erbrechen, Fieber und Blaseninkontinenz, eine Verschlimmerung des Raynaud mit tiefen Ulcerationen an den befallenen Partien ein. Im Urin wurden einige Eiterzellen, aber keine Bakterien gefunden.
W. Misch (Berlin).

Labbé, Marcel, et P.-L. Violle: Les œdèmes. (Die Ödeme.) Ann. de méd. Bd. **18**, Nr. 1, S. 22—45. 1925.

Eingehende Darstellung der physiko-chemischen Verhältnisse, die bei der Entstehung von Ödemen eine Rolle spielen. Die Ödeme bei Nervenkrankheiten werden sehr kurz abgetan und auf „vasomotorische Störungen" bezogen. *Guttmann.*

Digitized by Google

Ivanoff, S.: Ein Fall von Angioneurose in der Supraorbitalgegend. (*Augenklin., I. Staatsuniv., Moskau.*) Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. **75**, Sept.-Okt.-H., S. 388 bis 398. 1925.

Bei einem 19jährigen Mädchen periodisches Anschwellen der rechten Stirnhälfte mit Ödem des oberen Augenlides. Dabei Hornersches Syndrom auf dem rechten Auge. Alle Therapie blieb ohne Erfolg. Da die Ausführungen im einzelnen Ref. sehr hypothetisch und zum Teil angreifbar erscheinen, zu genauerem Referat nicht geeignet. *Pette* (Hamburg).

Wittgenstein, Hermann: Exsudative Diathese und vegetatives Nervensystem. Ein Beitrag zur Kasuistik des Kinderekzems, Asthma bronchiale und paroxysmaler Tachykardie. Wien. Arch. f. inn. Med. Bd. **11**, H. 2, S. 417—424. 1925.

Mitteilung folgenden Falles: 46jähriger Arzt, in dessen Ascendenz kein Fall von Asthma oder exsudativer Diathese bekannt geworden, hat einen Bruder, der als Kind schweres Ekzem überstand und im 19. Lebensjahr im Anschluß an einen lokalen Ekzemausbruch leichte Anfälle von Asthma bronchiale bekam, die besonders durch Aufenthalt in Schweizer Höhenluftkurorten günstig beeinflußt werden und jahrelang sistieren; von den 4 Kindern des Bruders leidet eins an typischem Kinderekzem. Beim Patienten selbst trat in den ersten Lebenswochen Ekzem auf, zu dem sich später Anfälle von typischem Asthma bronchiale und Anfälle von paroxysmaler Tachykardie gesellten, ein Krankheitskomplex, von dem der Patient bisher nicht befreit werden konnte. Die Asthmaanfälle stellen sich hauptsächlich im Frühjahr zur Zeit der Blüte ein, erreichen ihren Höhepunkt im Sommer, um im Herbst nachzulassen und im Winter fast völlig zu verschwinden. Bestimmte Reize auf die Nasen- und Bronchialschleimhaut (Dämpfe von Siegellack, Schwefel, Phosphor usw.) lösen auch zu dieser Zeit Anfälle aus. Idiosynkrasie gegen bestimmte Nahrungsmittel oder Medikamente besteht nicht. Bei Aufenthalt im Sommer oberhalb der Baumgrenze sistieren die Anfälle. Für die Anfälle von paroxysmaler Tachykardie konnte keine regelmäßige Ursache ausfindig gemacht werden, vielmehr wirkten die verschiedensten Momente auslösend, niemals jedoch psychische Erregungszustände. Von den 3 Kindern des Patienten war das älteste, ein 18jähr. Sohn, ein schweres Ekzemkind; daneben besteht Heuschnupfen und seit dem 16. Lebensjahr Anfälle von paroxysmaler Tachykardie. Ein zweiter Sohn, der im 7. Jahr an Grippe starb, war gleichfalls ein starkes Ekzemkind und bekam im 8. Lebensmonat — zur selben Zeit wie der Vater — typische Anfälle von Bronchialasthma, die mit Heuschnupfen verbunden waren. Der dritte Sohn ist bis auf ein geringes, zeitweise im Gesicht auftretendes Ekzem gesund. — Im Anschluß an diese Fälle bespricht Verf. die Ansichten der verschiedenen Autoren über den Zusammenhang von exsudativer Diathese, Ekzem und Asthma. Bedeutsam ist das Hinzutreten der Anfälle von paroxysmaler Tachykardie, noch dazu bei Vater und Sohn; in der Literatur ist bisher nur ein einziger analoger Fall mitgeteilt (von G. C. Bolten: Frau mit Migräne, Urticaria interna, Anfälle von Tachykardie). *K. Eskuchen* (Zwickau).

Blumenthal, L., und L. Doxiades: Labilität des vegetativen Systems im frühen Kindesalter. (*Kaiserin Auguste Victoria-Haus, Charlottenburg.*) Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. **40**, H. 3, S. 229—243. 1925.

Es wird ein Fall mitgeteilt, bei dem Akrocyanose bestand, Schweiß, vorzeitiger Zahnausfall, Hypotonie der Muskulatur, Herabsetzung der Motilität, hochgradige Appetitlosigkeit, verdrießliche Stimmung. Diese Beschwerden werden auf eine Störung der vegetativen Funktion bezogen, und die pharmakologische Untersuchung nach Friedberg bestätigte es, wobei hervorzuheben ist, daß unter gleichen Bedingungen das Kind an verschiedenen Tagen nach verschiedenen Typen reagierte, und zwar bestanden Perioden der verschiedenen Reaktion (gewöhnlich in 28tägigen Intervallen). *Boenheim* (Berlin).

Stoffwechsel und endokrine Drüsen:

Hypophyse, Epiphyse, Diabetes insipidus:

Glanzmann, E.: Habitus und innere Sekretion bei Kleinkindern. Ein Beitrag zur Hypophysenpathologie im frühen Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. **110**, 3. Folge: Bd. **60**, H. 5/6, S. 253—272. 1925.

Verf. beschreibt einen Typus von Kleinkindern (18 Fälle) mit früher Fettsucht (Gürteltypus), Genitalhypoplasie, Steigerung des Längen- und Gewichtswachstums, die manchmal schon beim Geburtsgewicht zum Ausdruck kommt. Wiederholt Polydipsie und Polyphagie bei den Müttern in der Schwangerschaft. Knochenbau massiv-athletisch. Starke Affinität zur Rachitis. Muskulatur hypotonisch. Haut teigig, myxödemartig. Starke Akrocyanose. Fleckiger Vasomotorismus. Feminismen bzw. Maskulinismen. Temperamentsveränderungen: teils phlegmatisch, teils hyperästhetische

Digitized by Google

Nervosität, spaßige Euphorie, labile, abspringende Art, Hyperagilität, Hemmungslosigkeit, Bewegungsdrang. Schlafstörungen. Beziehungen zur Dystrophia adiposogenitalis werden angenommen. — Durch Pituglandol (1 Tablette p. d.) entschiedene Besserung des körperlichen und psychischen Befindens. *Kretschmer* (Tübingen).

Sotti, Guido: Sull'infarto necrobiotico ischemico della ipofisi. (Über den nekrobiotischen ischämischen Infarkt der Hypophyse.) (*Istit. di anat. patol., univ., Pisa.*) Arch. di patol. e clin. med. Bd. **4**, H. 2, S. 154—173. 1925.

Diese an sich seltene schwere Zirkulationsstörung wurde als Teilerscheinung septischer Thrombose oder Embolie bei Puerperalinfektionen wie auch als Folgeerscheinung obliterierender Endarteritis und bei Endokarditis beobachtet. Sie ist die Folge von Gefäßverschlüssen innerhalb der Drüse und ungenügenden Kollateralkreislaufs. Die während der Gravidität eintretende Volumenvermehrung des Organs und damit veränderte Blutversorgung macht das Auftreten des Infarktes gerade in dieser seltenen Lokalisation begreiflich, weil es sich bei den die Hypophyse versorgenden Gefäßen um Endgefäße handelt. *Max Meyer* (Köppern i. Taunus).

Nobécourt: L'obésité dans les affections de l'encéphale. (Fettsucht bei Gehirnkrankheiten.) (*Hôp. des enfants malad., Paris.*) Journ. des praticiens Jg. **39**, Nr. 39, S. 625—631. 1925.

Nach Mitteilung eines Falles von Dystrophia adiposo-genitalis bei einem epileptischen, idiotischen Kind, bei dem die Sektion eine chronische basilare Meningitis und keine Veränderungen der Hypophyse selbst oder der Schilddrüse aufwies, wird eine durch Angaben aus der Literatur belegte Zusammenstellung von Erkrankungen des Gehirns gebracht, die mit den Erscheinungen der Fettsucht einhergehen können. Besprochen werden kurz die entsprechenden Störungen beim Tumor cerebri, beim Hydrocephalus, bei der Encephalitis epidemica und der Heine-Medinschen Krankheit, bei der Meningicis chronica und Schädeltraumen.
Erna Ball (Berlin).

Sakakibara, Jinicki: Über die Frage der spezifisch diabetischen Veränderungen der Hypophyse. (*Städt. Krankenh. am Urban, Berlin.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **258**, H. 1/2, S. 430—437. 1925.

Verf. konnte ebensowenig wie Schwab die Angaben von E. F. Kraus über regelmäßige Veränderungen in der Hypophyse von Diabetikern — insbesondere Verminderung der Eosinophilen — bei Untersuchung von 10 Fällen bestätigen. Die diesbezüglichen Befunde sind sowohl bei Diabetikern wie bei Nicht-Diabetikern sehr schwankend. Es ist Verf. zuzustimmen, daß weitere Nachprüfungen auf diesem Gebiet erwünscht sind. Die von ihm selbst hervorgehobene Schwierigkeit einer Abschätzung der Zahl der Eosinophilen dürfte immerhin mehr zugunsten der Ergebnisse eines Autors ins Gewicht fallen, der, wie Kraus, sehr große Erfahrungen auf diesem Gebiete hat. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Berblinger, W.: Der Hypophysenvorderlappen bei Nierenkrankheiten. Bemerkungen zu Skubiszewskis Arbeit: Die Mikrophysiologie der Hypophysis cerebri im 256. Bande dieses Archivs. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **258**, H. 1/2, S. 232—237. 1925.

Obwohl Berblingers frühere Angaben über Basophilenvermehrung in der Hypophyse bei Nierenerkrankungen durch die Arbeit Skubiszewskis (vgl. dies. Zentrlbl. **42**, 82) Bestätigung finden, vermag B. doch verschiedenen Angaben Skubiszewskis, der übrigens trotz seines sehr reichhaltigen Literaturverzeichnisses im Text verschiedene wichtige Arbeiten unberücksichtigt gelassen hat, nicht beizustimmen. Es trifft nicht zu, daß Eosinophile bei Neugeborenen und Säuglingen fehlen, ebensowenig, daß unter normalen Verhältnissen bei Nichtgraviden Schwangerschaftszellen vorkommen. Die Anschauungen Skubiszewskis über die Beziehungen der morphologisch nachweisbaren Granula zur Sekretion sind unbegründet und auch durch seine eigenen Abbildungen (zum Teil Kunstprodukte!) nicht gestützt. Die Basophilen, die man bei Nierenleiden im Hinterlappen trifft, entstammen dem Vorderlappen, nicht der Pars intermedia. Die Angaben über die Art der untersuchten Nierenerkrankungen sind unzureichend. Der Ansicht, daß die Basophilenvermehrung Ursache der Polyurie sei, steht ihr Vorkommen bei schwerer Urämie mit Oligurie entgegen; das Fehlen bei Nephrosen ist ihr andrerseits günstig. Es wäre aber die Hilfsannahme erforderlich,

Digitized by Google

daß die gesteigerte Bildung diuretisch wirkender Stoffe durch die Basophilen die Wirkung antidiuretisch wirkender Stoffe aufhebt oder übertrifft.

Fr. Wohlwill (Hamburg).

Dott, Norman M., and Percival Bailey: A consideration of the hypophysial adenomata. (Über Adenome der Hypophyse.) (*Surg. clin., Peter Bent Brigham hosp., Boston.*) Brit. journ. of surg. Bd. **13**, Nr. 50, S. 314—366. 1925.

In einer kurzen Einleitung bespricht Cushing die Fortschritte auf dem Gebiet der Hypophysenforschung. Die Autoren selbst haben ein ausgiebiges Material von 162 Hypophysentumoren eingehend bearbeitet. Anatomisch unterscheiden sie: chromophobe und chromophile Tumoren, ferner als neuen Typus eine Mischform, die sie in 13 Fällen beobachtet haben. Hier gleichen entweder die Zellen denen der chromophilen Geschwülste, enthalten aber keine oder nur wenige Granula, oder die Zellen gleichen denen des chromophoben Adenoms, enthalten aber an ihrer Peripherie einen Ring typischer eosinophiler Granula oder endlich gleichen sie denen des chromophoben Tumors, sind aber angefüllt mit schlecht färbbaren Granulis. Maligne Adenome sind selten. Die klinischen Symptome lassen sich — mit einigen Vorbehalten — in folgendes Schema einordnen: 1. Tumorsymptome mit geringen konstitutionellen Störungen. 2. Ausgesprochene „hypopituitäre" Syndrome: a) Infantiler Typus, b) Adiposo-genitaler Typus, c) „wrinkled" atrophischer Typus. 3. Ausgesprochene „hyperpituitäre" Syndrome: a) Riesenwuchs, b) Akromegalie. 4. Gemischte oder „dyspuitäre" Syndrome. Bei den hypopituitären Erkrankungen findet man chromophobe Adenome, bei den hyperpituitären chromophile, von denen nur die mit eosinophilen Granula von Bedeutung sind. Für die dyspuitären Syndrome wird ein Beispiel angeführt (Störungen der Sexualfunktion, verzögerte Pubertät, hypoplastische Haut und Haar, unterentwickelte Genitalien und dabei eine gewisse Hyperplasie des Bindegewebes, mit Vergrößerung der Lippen, der Nase und der Hände); bei ihnen finden sich die Mischformen der Adenome. Die einzelnen klinischen Symptome sind ausführlich besprochen. In physiologischen Betrachtungen betonen die Autoren, daß bei der Kompliziertheit der Verhältnisse sich Erklärungen nur ableiten lassen aus Tierexperimenten und nicht aus klinischen Befunden gegeben werden können. Eine wirksame Substanz geben allein die eosinophilen Zellen ab; sie bewirkt übermäßiges Wachstum. Für die Behandlung kommt zunächst die Bestrahlung in Frage, unter sorgfältiger Kontrolle des Gesichtsfeldes. Bei Vergrößerung des Tumors muß man transsphenoidal oder transfrontal operieren und hat dann Aussicht, das Sehvermögen und die Drucksymptome zu bessern.

Josephy (Hamburg).

Frazier, Charles H., and Francis C. Grant: Pituitary disorder. A digest of one hundred cases, with remarks on the surgical treatment. (Hypophysenerkrankungen. Übersicht über 100 Fälle mit Bemerkungen über die chirurgische Behandlung.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 15, S. 1103—1106. 1925.

Es gibt 3 Möglichkeiten der Behandlung von Hypophysenstörungen: Organtherapie, Bestrahlung und Operation. Die Anwendung von Organextrakten (Hypophyse oder Schilddrüse) kommt ebenso wie die Bestrahlung nur für den kleinsten Teil aller Fälle in Betracht. Zur Beurteilung der Frage, ob ein Fall progredient, stationär oder gebessert ist, dient Messung der Sella turcica, Intensität der Kopfschmerzen und vor allem Untersuchung des Augenhintergrundes und des Gesichtsfeldes. Unter der zuletzt ausgeführten 29 Operationen war nur 1 Todesfall (3,4%) zu verzeichnen, Fortschritte der Operationstechnik dürften die Mortalitätsziffer weiter herabsetzen. Da die Mortalität bei der transnasalen Operation geringer als bei der kranialen Methode ist, zieht Frazier erstere vor. In 71% aller Fälle bildeten Sehstörungen die Initialsymptome, in 27% Kopfschmerzen. Die Operationserfolge hängen wesentlich von der Dauer der Erkrankung ab. Es soll möglichst operiert werden, bevor es zu einer fortgeschrittenen Opticusatrophie gekommen ist. Die zu späte Überweisung an den Chirurgen erschwert die Operation und beeinträchtigt die Resultate.

Digitized by Google

Aussprache: William G. Spiller: Die transsphenoidale Operation erscheint wenig geeignet, die Totalexstirpation eines Tumors vorzunehmen. Beeinträchtigt diese Methode nicht die Dauerresultate? — Frazier kann sich nur eines Falles entsinnen, wo ein Patient 7 Jahre nach dem ersten Eingriff wegen eines Rezidivs erneut zur Operation kam. Genaue Prozentzahlen fehlen. *Taterka* (Berlin).

Lautenschläger, A.: Zur Hypophysenoperation. Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **13**, H. 1, S. 104—110. 1925.

Es ist möglich, die Hypophyse von der Kieferhöhle aus zu erreichen. Nach Luxation der lateralen Nasenwand werden die Siebbeinzellen ausgeräumt, sodann wird die Keilbeinhöhle eröffnet und man erhält eine gute Übersicht über die Hypophyse. Lautenschläger hat auf diese Weise ein 12jähriges Mädchen operiert, das längere Zeit unter der Diagnose eines Diabetes insipidus ging. Als später eine erhebliche Sehschwäche sowie starke Kopfschmerzen hinzukamen, und auch das Röntgenbild eine Vertiefung der Sella turcica zeigte, war die Diagnose klar. Die Operation hatte einen ganz vorübergehenden Erfolg. Das Kind starb 4 Monate später an Atemlähmung. Die Obduktion ergab ein Adenocarcinom der Hypophyse. *Wolfsohn* (Berlin).

Schilddrüse:

Baumann, Emil J., and Louise Hunt: On the relation of thyroid secretion to specific dynamic action. (Über die Beziehung zwischen Schilddrüsensekretion und spezifisch-dynamischer Wirkung.) (*Div. of laborat., Montefiore hosp., New York.*) Journ. of biol. chem. Bd. **64**, Nr. 3, S. 709—726. 1925.

Die Frage, ob die spezifisch-dynamische Wirkung eingeführter Nahrungsstoffe zur Tätigkeit der Schilddrüse in Beziehung steht, scheint durch klinische Beobachtungen an Myxödemkranken verneinend entschieden zu sein. Eine klare Antwort auf die Frage ist aber nur von Versuchen an Menschen oder Tieren zu erwarten, bei denen die Schilddrüse vollständig ausgeschaltet ist. Die Verff. haben ihre Untersuchungen an Kaninchen angestellt, trotzdem diese Tiere zu Stoffwechselversuchen recht wenig geeignet sind, weil eine restlose Beseitigung der Schilddrüse unter Schonung mindestens eines Teiles der Epithelkörper bei Fleischfressern nicht möglich erscheint. Um den störenden Einfluß des vollen Verdauungskanals möglichst auszuschalten, mußten die Tiere nach einer letzten Mahlzeit von Brot (sonst Heu und Grünfutter) 36—48 Stunden fasten. In diesem Zustand wurden in zweistündigen Versuchen CO_2-Ausscheidung und O_2-Verbrauch nach Haldane bestimmt; dann wurden, $^1/_2$ Stunde nach Verabreichung von 15 oder 25 g Traubenzucker (in Kontrollversuchen von reinem Wasser) die Gaswechselbestimmungen wiederholt. Alle Tiere wurden zum Schluß auf das Vorhandensein von Schilddrüsensubstanz sorgfältig makro- und mikroskopisch untersucht. In den Fällen, in denen die Schilddrüse restlos entfernt worden war, ging die spezifisch-dynamische Wirkung des Traubenzuckers allmählich verloren, und zwar wurde das Minimum um den 65. Tag nach der Operation erreicht. Nach Schilddrüsenfütterung kehrte die Bildung von Extracalorien auf Traubenzucker für längere Zeit zurück. Da, wo Reste der Schilddrüse zurückgeblieben waren, trat eine Abnahme der spezifisch-dynamischen Wirkung ein, die um so größer war, je kleiner und kolloidärmer der Rest des Organs war. In diesen Fällen konnte die Calorienwirkung des Traubenzuckers nicht nur durch Gaben von Schilddrüse, sondern auch von Jodkalium (im ganzen 0,05—0,1 g) gesteigert werden. Die Verff. schließen aus ihren Versuchen, daß die Schilddrüse für die spezifisch-dynamische Wirkung der Nahrungsstoffe unentbehrlich ist. Dieses Organ beherrscht in irgendeiner Weise das Schicksal (Resorption, Speicherung und Abbau) der Nahrungsstoffe, Reaktionen, bei denen Wärme gebildet wird. Wenn nach einer Mahlzeit diese Reaktionen in besonders hohem Umfang stattfinden, muß entweder die Körpertemperatur ansteigen oder mehr Wärme abgegeben werden („Plethora-Stoffwechsel" nach Lusk). Daß die spezifisch-dynamische Wirkung der Eiweißkörper besonders hoch, die der Fette besonders niedrig ist, läßt sich leicht damit erklären, daß im einen Fall sehr viel mehr chemische Arbeit erforderlich ist, um den Nahrungsstoff körpereigen zu machen als im anderen. *Hermann Wieland* (Heidelberg).

Digitized by Google

Parhon, C., et Marie Briese: Recherches histologiques sur l'action du calcium et du potassium sur les glandes endocrines (thyroïde, hypophyse). (Histologische Untersuchungen über den Einfluß von Calcium und Kalium auf die endokrinen Drüsen [Schilddrüse, Hypophyse].) (*Laborat., clin. neuro-psychiatr., univ., Jassy.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 28, S. 795—796. 1925.

5—25 Tage nach täglicher Injektion von 5 cg $CaCl_2$ war in der Hypophyse von Kaninchen eine Eosinophilie des Vorderlappens festzustellen. Injektionen von Kaliumsalzen übten keine Wirkung aus. Ebenso blieb Ca und K ohne Einfluß auf die histologische Struktur der Schilddrüse. *Josephy* (Hamburg).

Finkelstein, H.: Über die nichtendemischen Schilddrüsenvergrößerungen im Kindesalter. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. Jg. **16**, H. 6, S. 1—9. 1925.

Gestützt auf eigene und fremde Tierflandsbeobachtungen bringt Verf. eine sehr erwünschte Ergänzung der gebräuchlichen Lehr- und Handbuchartikel, die zumeist nur auf das endemische Übel Bezug nehmen. Das Spielalter bleibt frei von Hyperplasien der Drüse. Das 1. Schuljahr bringt vereinzelte Fälle; dann steigt die Frequenz mit dem Alter bei Mädchen steil, bei Knaben flacher an, und es wird bei ersteren im 11. bis 12. Jahr ein Höhepunkt mit der Frequenz von 5,5—10%, bei letzteren im 13. und 15. Jahr mit 1,3—2% erreicht. Nur bei Frequentanten der höheren Schulen steigt die Häufigkeit noch jenseits der Pubertät weiter. Wenn nicht das ganze Organ betroffen ist, so sind es meist Brücke und rechter Lappen. Gleich der physiologischen, so geht auch die pathologische Vergrößerung der Schilddrüse mit dem Längenwachstum parallel (physiologische Varianten und Proteroplasie). Die Kropfkinder wachsen rascher und werden größer. Vermutlich ist die Wachstumsbeschleunigung das Primäre. Daneben spielt bei Mädchen die sexuelle Reifung (Überschwemmung des Körpers mit Ovarialprodukten) herein. Die Schilddrüsenschwellungen der letzteren sind kombinierte Wachstums- und Präpubertätshyperplasien. Subjektive und objektive Krankheitszeichen begleiten die Struma relativ selten: Tachykardie, vasomotorische Labilität, hebender Spitzenstoß. Beim „Präpubertäts-Basedowoid" bestehen Exophthalmus. Gräfe, Schwitzen, Schlafstörung, Unruhe. Es leitet zum echten Basedow über, der im Kindesalter selten und relativ gutartig ist. Der „Hyperthyreoidismus pseudochloroticus" mit Scheinanämie, Wachstumsblässe, Hochwuchs, Ermüdbarkeit, Palpitationen geht nicht auf Struma als einheitliche Ursache zurück. Die genotypische Anlage scheint dem Verf. beim endemischen Kropf durch Pfaundler und Siemens erwiesen, beim sporadischen wahrscheinlich. Beim letzteren sind Basedow und die Knotenkröpfe häufiger als bei ersterem, die hohen Stände mehr betroffen, die Altersstufen unter dem Einschulungstermin frei. Die Jodhungertheorie lehnt Verf. aus gleichen Gründen ab wie Referent. Der Jodbehandlung steht er sehr skeptisch gegenüber. Von weiteren Medikamenten werden genannt: Ovarialsubstanz, Chinin. Arsen, Phosphor und Phosphate. *Pfaundler* (München).°°

Krause, Aleksander: Über den Tonus des vegetativen Nervensystems beim Thyreoidismus. Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 43, S. 907—909. 1925. (Polnisch.)

Verf. beabsichtigt in einer größeren Abhandlung den Wert der Danielopulu-Carniolischen Methode der Untersuchung des vegetativen Nervensystems bei inneren Krankheiten zu besprechen und begnügt sich vorläufig mit Diskussion ihres praktischen Wertes bei Schilddrüsenaffektionen (3 Basedow, 2 Hypothyreose, 5 Thyreotuberkulotoxikose). Entgegen Danielopulu, der auf Grund pharmakodynamischer Proben das Basedowsyndrom amphotonisch nennt, meint Krause, die meisten Symptome des Hyperthyreoidismus seien eben sympathicotonischer Natur. *Higier* (Warschau).

Speidel, C. C.: Studies of hyperthyroidism. I. Experimental hyperthyroidism and the germ glands in amphibians, with special reference to the primitive interstitial tissue. (Untersuchungen über Hyperthyreoidismus. I. Experimenteller Hyperthyreoidismus und die Keimdrüsen bei Amphibien, mit besonderer Berücksichtigung des primitiven

Digitized by Google

interstitiellen Gewebes.) (*Laborat. of histol. a. embryol., univ. of Virginia med. school, Charlottesville.*) Anat. record Bd. **31**, Nr. 1, S. 65—77. 1925.

Experimenteller Hyperthyreoidismus führt bei Froschlarven zu einer Steigerung der mitotischen Vermehrung der undifferenzierten Zellen der Keimdrüsen. Diese Steigerung der mitotischen Proliferation ist sehr beträchtlich an den interstitiellen Zellen, Spermatogonien und Oogonien werden etwas weniger angeregt. Diese Erscheinungen machen sich bereits nach der ersten Woche der Schilddrüsenextraktfütterung bemerkbar. An den höher differenzierten Zellen, den Oocyten und den sie umgebenden Follikelzellen, machen sich ähnliche Wirkungen nicht bemerkbar. Nach dem Ergebnis dieser Untersuchungen macht sich also entgegen der Ansicht mancher Autoren auch bei den Keimdrüsen der Hyperthyreoidismus in Form einer Beschleunigung der Differenzierung oder Reifung geltend. *Ed. Gamper* (Innsbruck).

Holzweissig, Hans: Das Krankheitsbild des Morbus Basedowi und die dabei beobachteten pathologisch-anatomischen Veränderungen in der Schilddrüse und einigen anderen Blutdrüsen. (*Stadtkrankenh., Chemnitz.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **193**, H. 3/6, S. 276—285. 1925.

Holzweissig berichtet über das klinische Bild bei 29 operativ behandelten Basedowfällen und die dabei pathologisch-anatomisch festgestellten Veränderungen in der Schilddrüse bzw. Thymus. In der großen Mehrzahl der Fälle beherrschte die Schilddrüse als das krankmachende Organ das Krankheitsbild. Bei diesen thyreogenen Basedowformen ergab das pathologisch-anatomische Bild der Schilddrüse, und zwar die Beschaffenheit des Kolloids, das Vorhandensein von lymphocytären Anhäufungen und vor allen Dingen die Ausbreitung der pathologisch-anatomischen Veränderungen ein deutliches Bild von der Schwere der Erkrankung. Die weniger schweren Fälle von Thyreoidismus kommen hauptsächlich bei älteren Frauen vor. In 4 Fällen des vorliegenden Materials war die Schilddrüse nicht verändert, in zweien dieser Fälle konnte eine vergrößerte Thymusdrüse aufgedeckt werden. Von besonderem Interesse ist ein Fall, in welchem bei einer Gravida die Vergrößerung eines schon zuvor bestandenen Kropfes Anlaß zu chirurgischem Vorgehen gab. Klinisch bestanden keinerlei Basedowsymptome, bei der Obduktion fand sich aber eine starke pathologische Umwandlung der Schilddrüse im Sinne einer Basedowschilddrüse und eine Hyperplasie des Thymus. Es scheint, daß in diesem Falle die pathologischen Produkte des Thymus und der Schilddrüse durch die Hormone der Gravidität paralysiert wurden. *Ed. Gamper.*

Ladwig: Basedow-Nachuntersuchung. (*49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.*) Arch. f. klin. Chir. Bd. **138** (Kongreßbericht), S. 201 bis 203. 1925.

Nachdem der Autor die operativen Methoden kurz erwähnt hat und mitgeteilt hat, daß die postoperative Mortalität 5,6% betrüge, führt er aus, daß der Begriff der Heilung schwer bei Basedowkranken zu fassen sei. Noch nach vielen beschwerdefreien Jahren kommen Rückfälle vor. Ein Verschwinden aller Symptome würde nur in einem geringen Prozentsatz der Heilungen registriert, wenn auch praktisch oft aus Schwerkranken Arbeitsfähige werden. Die Erfolge betrugen in den klassischen Basedowfällen 84%, bei den Thyreotoxikosen 73%. Aber nur in der Hälfte kam es zu Dauererfolgen. Der Exophthalmus bildet sich nur schwer zurück. Das Blutbild ändere sich nicht.
Boenheim (Berlin).

Chauffard, A., et L. Girot: Pathogénie thyro-surrénale du basedowisme. (Thyreosuprarenale Pathogenese der Basedowschen Krankheit.) Rev. franç. d'endocrinol. Jg. **3**, Nr. 3, S. 145—153. 1925.

Die Autoren teilen 3 Fälle mit, in denen neben der Schilddrüse auch die Nebennieren eine pathogenetische Rolle spielen. Sie schließen hierauf, weil Pigmentationen bestanden und weil nach intravenöser Injektion von $^1/_2$ mg Adrenalin eine intensive bedrohliche Reaktion auftrat. Die Autoren meinen, daß solche Fälle nicht selten sind, bei denen bei Basedow-Kranken eine pluriglanduläre Insuffizienz vom thyreosuprarenalen Typ bestände. Ebenso häufig wäre allerdings auch ein thyreo-ovarieller Typ. *Boenheim* (Berlin).

Digitized by Google

Kertész, Árpád: Gleichzeitiges Vorkommen von Basedow-Krankheit und Tetanie. Gyógyászat Jg. **65**, Nr. 43, S. 973—974. 1925. (Ungarisch.)

Nachstehender Fall eines 36jährigen Mannes erbringt den Beweis, daß bei Basedow nicht bloß die Schilddrüse, sondern auch andere innersekretorische Drüsen erkrankt sein, und sich mit dem Basedow auch andere als selbständiges Krankheitsbild erscheinende innersekretorische Störungen vergesellschaften können. Ein ganz typischer Basedow (nervöse Unruhe, Struma, Exophthalmus, Tachykardie) zeigt nach halbjährigem Aufenthalt in Höhenklima eine auffallende Besserung, welcher sich später gastrische Störungen und Kriebeln anschließen; die gefundene Hypacidität und Magenhypertonie werden diätetisch behandelt, ohne besondere Besserung; plötzlich charakteristischer tetanischer Anfall, welchen intravenöse Calciuminjektion behebt, und weitere Behandlung mit solchen Injektionen und Brom bringt endgültiges Aufhören der tetanischen Erscheinungen. Verf. nimmt an eine hochgradige Störung des Kalkstoffwechsels, welche therapeutisch behoben wurde. *Karl Hudovernig* (Budapest).

Sundelin, Fredrik: Über einige Fälle von Basedowscher Krankheit nebst Bemerkungen über die Jodbehandlung. Svenska läkartidningen Jg. **22**, Nr. 40, S. 1121—1131. 1925. (Schwedisch.)

Verf. berichtet über einige Fälle von Morbus Basedowii, die teilweise nach Behandlung mit Jod auffallende Besserung zeigten. Hierauf geht er auf die sehr umstrittene Frage der internen Jodtherapie bei dieser Krankheit näher ein, gibt einen Überblick über die verschiedenen Auffassungen neuerer Kliniker und diskutiert kurz die Bedeutung der für die einzelnen Länder und Völker verschiedenen Jodtoleranz. Die guten Einzelerfolge bei sicheren Basedow-Kranken rechtfertigen auf jeden Fall einen tastenden Versuch mit minimalen Joddosen, etwa nach Art der „homöopathischen" Behandlungsweise Neissers, die ausführlich geschildert wird. Die vorsichtig und nicht unkritisch geschriebene Arbeit ist geeignet, allzu pessimistische Ansichten (Kraus, Ortner) rein empirisch etwas zu korrigieren; tiefer in das Problem dringt sie allerdings nicht ein. *Luxenburger* (Basel).

Vignal, W., et C. David de Prades: La radiothérapie et l'électrothérapie dans le goitre exophtalmique. (Die Radiotherapie und die Elektrotherapie in der Behandlung des Basedow.) Evolution méd.-chir. Jg. **6**, Nr. 4, S. 134—147. 1925.

Die Methode ist nicht neu. Während bei den Kropfcysten, den einfachen und chronischen Kröpfen die Methode nichts oder weniger ausrichtet, sind die Erfolge beim Basedow ausgezeichnet. Die Diagnose „Basedow" gewinnt in neuester Zeit Sicherheit durch zwei Zeichen, die Probe von Goetsch und die Feststellung des Grundumsatzes; erstere besteht in der Injektion von $^1/_2$ ccm Adrenalinlösung. Während sich beim Normalen dabei absolut keine Veränderungen zeigen, steigen beim Basedowkranken Puls und Blutdruck an und erreichen ihr Maximum nach 40 Min.; gleichzeitig können Blässe, Angstgefühl, Zittern, Schwäche, Schweißausbruch, Temperatursteigerung und eine beträchtliche Diurese festgestellt werden. Der Grad dieser Symptome gibt eine Vorstellung von der Schwere der Erkrankung. Der Grundumsatz ist nach Delherm die Menge von Wärme (in großen Calorien ausgedrückt), die in der Stunde auf 1 qm Körperoberfläche erzeugt wird, während die Person in vollständiger Ruhe und nüchtern ist; beim Basedow ist sie nach dem Grade der Erkrankung gesteigert (über + 10). Die elektrischen Methoden der Behandlung des Basedows sind 1. die Radiotherapie, 2. die Elektrotherapie (galvanisch, faradisch, Hochfrequenzströme). Die Anwendung des Radium empfiehlt sich nicht, da sie schwierig und kostspielig ist. Die Anwendung der Röntgenstrahlen geschieht je nach der Größe des Kropfes von 2—3 Seiten aus: von den Seiten und von vorn oder hinten. Man darf nicht vergessen, auch (über dem Brustbein) den Thymus zu bestrahlen. Béclère empfiehlt eine mäßige Dosis (20—25 cm Distanz, 5 mm Aluminiumfilter, Coolidge-Röhre, 3 H wöchentlich für eine Bestrahlung). Man darf die Schilddrüse nicht zerstören, um kein Myxödem

Digitized by Google

zu erhalten. Nach der 5., 6. Sitzung ist eine Besserung augenscheinlich. Kropf und Exophthalmus schwinden zuletzt und am schwersten. Die Hochfrequenzströme haben sehr gute Erfolge; wegen ihrer beruhigenden Wirkung sind sie bei Aufregungszuständen anzuwenden. Bordier (Lyon) hat die Diathermie angewendet; sie wirkt ähnlich, aber energischer wie die Hochfrequenzströme; die Pulsbeschleunigung bessert sich rasch, auch der Exophthalmus geht zurück. Die Galvanisation gibt auch gute Erfolge; Autor legt im Gegensatz zu anderen Autoren auf die Schilddrüse die positive Elektrode (wegen der beruhigenden Wirkung dieses Poles); Anwendung anfänglich täglich, später jeden 2. Tag durch 15—20 Sitzungen von 30—40 Min. Dauer bis 15—20 Milliampere; Wiederholung nach 2—3 Wochen. Um festzustellen, welches Mittel am wirksamsten sei, empfiehlt es sich jeden Morgen, solange der Kranke noch im Bett liegt, den Puls zu zählen; dann zählt man wieder, wenn der Kranke plötzlich in die aufrechte Stellung übergegangen ist; bei Besserung des Zustandes nähern sich die beiden Pulskurven immer mehr; das Körpergewicht nimmt zu. Ménard und Foubert üben die „Galvanisation abdomino-thyréoïdienne": sie lassen den Strom durch zwei 15 cm breite paravertebrale Elektroden, die vom Nacken bis zu den Lenden reichen, eintreten, der negative Pol wird durch zwei Elektroden auf der Schilddrüse und am Bauche gebildet. Autor hält diese Technik, die keine besseren Erfolge gibt, für zu kompliziert. Die Galvanofaradisation gibt auch schöne Erfolge: Unter 15 Kranken 11 Heilungen und 4 Versager; ein Pol kommt auf den Nacken, der andere auf die Schilddrüsengegend, Stärke 10-20 MA; Sitzung 3 mal wöchentlich durch 20 Min. Bei nervösen und aufgeregten Kranken sind die Hochfrequenzströme anzuwenden oder die Diathermie, letztere besonders bei Menstruationsstörungen; hernach kann man die übrigen Methoden anwenden. Wenn die nervösen Symptome weniger ausgesprochen sind, aber Pulsbeschleunigung, Exophthalmus und Kropf vorherrschen, wird am besten Röntgenbestrahlung, Galvanisation oder Galvanofaradisation zur Anwendung gebracht. Beide Methoden, die Radiotherapie und Elektrotherapie dürfen sich nicht ausschließen, sondern müssen sich ergänzen (Traitement mixte). Wenn die Erkrankung als eine Schilddrüsenstörung aufgefaßt wird, sollte eigentlich die Radiotherapie angewendet werden, wenn als eine Sympathicusstörung, die Elektrotherapie: da in der Praxis die Störungen verschiedener Natur sind, empfiehlt sich eben die Verbindung der verschiedenen Verfahren. *Streissler* (Graz).°°

Livet, L., Bonnet-Lemaire et Roger: Traitement du goitre exophtalmique par les rayons ultra-violets et les vibrations à basse fréquence. (Behandlung der Basedowstruma durch ultraviolette Strahlen und Schwingungen niederer Frequenz.) Evolution méd.-chir. Jg. **6**, Nr. 4, S. 148—150. 1925.

Es wird über 2 Fälle von leichterem Basedow bei Frauen berichtet, von denen durch die Behandlung mit ultravioletten Strahlen und Schwingungen niederer Frequenz bei einem Heilung, bei dem anderen eine wesentliche Besserung erzielt wurde.

1. 23jährige Neuropathin, aufgeregt, zornig, weint, Schilddrüse hauptsächlich rechts vergrößert, leichter Exophthalmus, Zittern, Pulsbeschleunigung (92), Gewichtsverlust. Lokale und allgemeine Bestrahlungen und Vibrationen, 2000—3000 in der Minute, über dem 4. Halswirbel 5 mal wöchentlich durch 7 Minuten. Exophthalmus, Zittern, Schilddrüsenvergrößerung sind nach 2 Monaten verschwunden, Gewichtszunahme um 2 kg, Puls 66, neuropathische Erscheinungen gebessert. 2. 38jährige Neuropathin, häufig Migräne, Schilddrüsenvergrößerung besonders rechts, Anfälle von Stimmlosigkeit, Zittern, leichter Exophthalmus, Puls 84, Dermographismus, aufgeregt, gesteigerte Reflexe. Dieselbe Behandlung wie im ersten Fall, außerdem wöchentlich ein elektrisches Bad. Nach einiger Zeit rechter Schilddrüsenlappen stark verkleinert, Zittern und Exophthalmus verschwunden, Puls 70—74. *Streissler* (Graz).°

Infantilismus, Nebennieren und Adrenalin, Addison:

Tournade, A.: La fonction adrénalinogène des surrénale. (Die adrenalinbildende Funktion der Nebennieren.) Journ. méd. franç. Bd. **14**, Nr. 6, S. 206—217. 1925.

Versuche mit Anastomosen zwischen Nebennierenvene eines Spenderhundes und Jugularvene eines Empfängerhundes bei elektrischer Reizung der Splanchnici des Spenders. Graphisch registriert wurden Blutdruck des Spenders und Empfängers, ferner Darmtätigkeit und das

Digitized by Google

Verhalten der denervierten Niere und Herzens des Empfängers. Ähnlich wurden Versuche angestellt mit Anastomosen zwischen Nebennierenvene und Femoralvene. Die Versuchsresultate scheinen zu beweisen, daß die größeren Adrenalinmengen, welche nach elektrischer Reizung des Splanchnicus in die venöse Blutbahn ausgeschüttet werden, tatsächlich in den arteriellen Kreislauf gelangen und so an den adrenalinempfindlichen Erfolgsorganen wirksam werden; allgemeine Blutdruckerhöhung von 20—100 mm Hg mit Verlangsamung der Herzfrequenz; mehr oder weniger starke Blutzuckererhöhung; Aufhebung des Tonus und der Bewegungen der Eingeweide; Vasoconstriction der entnervten oder nichtentnervten Niere; Vasoconstriction der entnervten Pfote; Adrenalinmydriasis auf der Ggl. cerv. supr.-exstirpierten Seite; Beschleunigung der Herzfrequenz des durch bilaterale Vagusdurchschneidung und Exstirpation des Ggl. stellatum entnervten Herzens. Die Reizung des Splanchnicus major oder Splanchnicus minor führten beim Empfänger qualitativ zu demselben Effekt, jedoch war der Effekt quantitativ größer nach Reizung des Splanchnicus major. Die weiteren Untersuchungen erstrecken sich auf den Zuckerstich, die Hyperadrenalinämie nach Reizung des Hals-Rückenmarkes und bestimmter Wurzeln, die Hyperadrenalinämie durch Asphyxie, durch Anämie des Gehirns, durch Hirnembolie, durch sensible Reizung. *Fritz Poos.*°°

Zwemer, R. L.: A thyroid-adrenal interrelationship. (Eine Beziehung zwischen Nebennieren und Schilddrüse.) (*Osborn zool. laborat., Yale univ., New Haven.*) Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. **23**, Nr. 1, S. 31—32. 1925.

Katzen gehen nach beiderseitiger Nebennierenexstirpation in 3 Tagen zugrunde, während sie nach einseitiger Exstirpation, auch in Kombination mit Zerstörung des gegenseitigen Markkörpers normal bleiben. Transplantation von Rindenstücken bei Tieren, welchen beide Nebennieren entfernt worden waren, verlängerte das Leben der Tiere. Thyreoidektomierte Katzen überlebten die Nebennierenexstirpation viel länger als solche mit intakten Schilddrüsen (im Mittel 9 Tage, also 3 mal so lange). Anderseits beschleunigte Fütterung von Schilddrüsensubstanz bei Tieren, bei welchen beide Schilddrüsen und eine Nebenniere entfernt worden war, den Tod der Tiere nach Exstirpation der 2. Nebenniere. *E. Spiegel* (Wien).

Pende, N.: Les syndromes surrénaux. (Suprarenale Syndrome.) (*Clin. méd., univ., Bari.*) Rev. franç. d'endocrinol. Jg. **3**, Nr. 1, S. 9—25. 1925.

Es bestehen Beziehungen zwischen der Rinde der Nebennieren und der Ermüdbarkeit. Fällt die Rindenfunktion aus, so leidet die Fettsynthese. Hyperfunktion der Rinde führt zur Fettsucht. Dieser Typ ist der einzige, bei dem die Hyperfunktion einer endokrinen Drüse Fettsucht hervorruft, während es sich bei der hypophysären und bei der thyreogenen Form um eine Hypofunktion handelt. Die Kachexie infolge von Nebennierenerkrankung ist pathogenetisch an die Rinde gebunden. Sie dokumentiert sich in fortschreitender Abmagerung, besonders des Gesichts und der Extremitäten, mit Unfähigkeit, Fett zu verarbeiten, auch wenn Störungen des Verdauungstraktus fehlen. Vielleicht bestehen Beziehungen zur Kachexie, wie sie bei der Lebercirrhose auftritt. Zu dem Symptomenkomplex der suprarenalen Kachexie gehört ferner die muskuläre Adynamie besonders der unteren Extremitäten. Damit geht meistens eine psychische Adynamie einher. Am Kreislaufsystem stellt man ein Sinken des Blutdrucks bei kleinem atrophischem Herzen fest; am Verdauungstraktus Erbrechen und Diarrhöen. Von Wechselbeziehungen der Nebenniere zu anderen endokrinen Organen sind wichtig die zur Thymusdrüse. Die Schilddrüse ist oft hypertrophisch. Klinisch deutet ein langer schmaler Habitus mit morphologischer Unterentwicklung auf eine Insuffizienz der Nebenniere hin, die mit einem Status thymicus und hypogenitalis verbunden ist. Im Blut findet man eine Hypochloresterinämie. Die Hyperfunktion zeigt sich in der vorzeitigen sexuellen Entwicklung, auch oft im Pseudohermaphroditismus, Fettsucht, Hypertrophie der Mammae, vorzeitige Atherosklerose. Sie ist oft bei Gichtikern zu finden. Zur Behandlung schlägt Pende die Überpflanzung der Nebenniere von anthropoiden Affen auf den Menschen vor. Er hat im Experiment nachgewiesen, daß überpflanzte Stücke am Leben bleiben. Bei der Hyperfunktion dagegen kommen radiotherapeutische Maßnahmen in Frage, wie auch die Resektion der Splanchnici. *Boenheim.*

Cannon, W. B., and S. W. Britton: Studies on the conditions of activity in endocrine glands. XV. Pseudaffective medulliadrenal secretion. (Untersuchungen über die

Digitized by Google

Bedingungen für die Tätigkeit der endokrinen Drüsen. XV. Pseudaffektive Sekretion des Nebennierenmarkes.) (*Laborat. of physiol., Harvard med. school, Boston.*) Americ. journ. of physiol. Bd. **72**, Nr. 2, S. 283—294. 1925.

Es wird eine Versuchsanordnung beschrieben, mittels welcher in relativ einfacher Weise und ohne Narkose viele physiologische Erscheinungen, welche starke Gemütserregungen begleiten, über Stunden nachgewiesen werden können: Ätherrausch, Unterbindung beider Carotiden, Durchschneidung beider Halsvagi, Trachealkanüle, Dekortikation via Orbitae, danach Äther fort, Eröffnung des Thorax links mit Excision des r. Ggl. stellatum, Eröffnung des Thorax links mit Excision des l. Ggl. stellatum, Schließung des Thorax, Freilegung der r. Femoralarterie mit Einführung einer Kanüle, Einführung eines Rectalthermometers, kymographische Blutdruckschreibung. In 14—17 Min. war die Versuchsanordnung hergestellt. In dieser hatte das denervierte Herz des ruhig liegenden, nicht gereizten Tieres 222 Schläge pro Minute, während die Schlagzahl während der Erregung des Tieres durch mechanische Reizung (Kneifen, Schlagen, forcierte künstliche Atmung usw.) in diesem „pseudaffektiven Zustand" auf 252 pro Minute hinaufging. Dagegen war nach Entfernung beider Nebennieren die Schlagzahl des denervierten Herzens durchschnittlich 156 pro Minute und wurde nicht größer während der Erregung des ganzen Tieres.

Hieraus wird geschlossen, daß mit den physiologischen Folgeerscheinungen einer emotionellen Erregung eine vermehrte Ausscheidung von Adrenalin in die Blutbahn assoziiert ist. (XIV. vgl. dies. Zentrlbl. **41**, 430.) *Fritz Poos* (Münster i. W.).

Bulatao, E., and W. B. Cannon: Studies on the conditions of activity in endocrine glands. XVI. The rôle of the adrenal medulla in pseudaffective hyperglycemia. (Untersuchungen über die Bedingungen für die Tätigkeit der endokrinen Drüsen. XVI. Die Rolle der Nebennieren bei der pseudaffektiven Hyperglykämie.) (*Laborat. of physiol., Harvard med. school, Boston.*) Americ. journ. of physiol. Bd. **72**, Nr. 2, S. 295—313. 1925.

Der von Cannon und Britton beschriebene pseudaffektive Zustand wird begleitet von einer Hyperglykämie, welche in bestimmter Zeit ansteigt. Wenn dieser pseudaffektive Zustand nach der Decerebrierung nicht erreicht wird, steigt der Blutzuckerspiegel meist merklich an und kann sogar abfallen. Nach Entfernung der Nebennieren nimmt die initiale Hyperglykämie nicht zu, sondern fällt ab. Nach Durchtrennung der Lebernerven tritt verstärkte Hyperglykämie auf. Insulin vermag auch bei intakter Hypophyse die der Dekortikation folgenden Hyperglykämie zu reduzieren. *Fritz Poos* (Münster i. W.).

Tetanie und Spasmophilie:

Kurokawa, Kiyoyuki: Histological studies of normal and pathological human parathyroid glands. (Histologische Untersuchungen an normalen und pathologischen menschlichen Nebenschilddrüsen.) (*Dep. of pathol. a. bacteriol., med. coll., Keio univ., Tokyo.*) Japan. med. world Bd. **5**, Nr. 9, S. 241—251. 1925.

Verf. hat 815 Epithelkörperchen von 240 Individuen aller Altersklassen untersucht und dabei u. a. folgende Feststellungen gemacht: Die Gl. parathyreoideae sind beim Menschen stets außerhalb der Schilddrüse gelegen. Sie sind beim Fetus hellgrauweiß, werden später dunkler und mehr gelblich; im Alter nehmen sie an Größe eher zu als ab. Interstitielles und Fettgewebe sind beim Fetus und kleinen Kind sehr gering bzw. gar nicht entwickelt. Zur Pubertät hin nehmen sie zu. Weiterhin besteht aber kein Parallelismus zum Alter. Dagegen ist eine Vermehrung des Fettgewebes bei Kachexie zu konstatieren. Beim Fetus und kleinen Kind besteht ferner die Drüse ausschließlich aus den hellen pflanzenähnlichen Hauptzellen. Die dunkeln Zellen werden erst in der Adoleszenz häufiger bei gleichzeitiger Abnahme der hellen. Auch die oxyphilen Welshschen Zellen erscheinen zur selben Zeit, sehr selten vor dem 10. Lebensjahr. Sie bilden häufig kleine Häufchen, sog. knotige Hyperplasien. Es gibt Übergangszellen zwischen hellen und dunkeln Hauptzellen, ob auch zwischen Haupt- und oxyphilen Zellen ist noch strittig. Jedenfalls sind dunkle Hauptzellen mit oxyphiler Granulation sehr schwer — am besten noch durch den verhältnismäßig größeren Kern — von Welshschen Zellen zu unterscheiden. Gleichzeitig mit letzteren treten Schaumzellen, wie bei Xanthomen, auf. Nach Verf. handelt es sich um funktionell besonders differenzierte oxyphile Elemente. Follikel und Kolloidbildung trifft man ebenfalls

Digitized by Google

erst nach den Kinderjahren. An ihrer Bildung sind vor allem die Hauptzellen beteiligt. Da sie mit Vorliebe am Rand des Organs liegen, stammen sie z. T. vielleicht auch von der Schilddrüse. Die hellen Hauptzellen enthalten reichlich Glykogen, aber kein Fett. Das umgekehrte gilt für die dunkeln. Die oxyphilen Zellen sind von beidem frei. Folgende Einzelaffektionen wurden untersucht: 11 Fälle von Status thymicolymphaticus wiesen Atrophie des Organs mit Ersatzfettgewebswucherung auf. Die oxyphilen Zellen sind vermehrt. Bei Beri-Beri besteht ausgesprochene Zunahme der hellen Hauptzellen, dasselbe gilt für Fälle von normaler oder pathologischer Schwangerschaft und für einen Fall von Knochensarkom. Bei Tuberkulose und Syphilis fand sich gleichmäßige Abnahme aller parenchymatösen Elemente mit Bindegewebswucherung (Cirrhose). Schließlich betont Verf., daß die oxyphilen Zellen keine Degenerationsform darstellen, sondern eine wichtige Funktion vertreten, sowie daß eine physiologische Altersatrophie des Organs nicht existiert und demgemäß seine Funktion nicht auf die Wachstumsperiode beschränkt sein dürfte. — Die Gesamtbefunde sind übersichtlich in Tabellen zusammengestellt. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Collip, J. B.: A parathyroid hormone and its physiological action. (Das Nebenschilddrüsenhormon und seine physiologische Wirkung.) (*Dep. of biochem., univ. of Alberta, Edmonton.*) Ann. of clin. med. Bd. **4**, Nr. 3, S. 219—230. 1925.

Collip, dem es bekanntlich gelungen ist, einen wirksamen Nebenschilddrüsenextrakt darzustellen (vgl. dies. Zentrlbl. **42**, 303, 542 u. 682), gibt in dem vorliegenden Aufsatz einen kurzen geschichtlichen Überblick über die Tetanieforschung, um dann noch einmal die Darstellung, den Effekt und die Wirkungsweise seines Präparates auseinanderzusetzen. *Erich Guttmann* (München).

Ogawa, Shigeshi: Experimentelle Untersuchungen über die Funktion der Epithelkörperchen. I. Mitt.: Epithelkörperchen und Schilddrüsen in ihren Beziehungen auf Frakturheilung und Knochenkalk. (*Chir. Klin., med. Akad., Keijo.*) Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. **109**, H. 1/2, S. 83—107. 1925.

Experimentelle Untersuchungen, die zu folgenden Ergebnissen führten: 1. Bei parathyreoidektomierten Tieren ist die Callusbildung und die Verkalkung des Callus verlangsamt. 2. Fütterung mit Epithelkörperchen ist für die Callusbildung günstig und beschleunigt seine Verkalkung. 3. Bei jungen und besonders bei erwachsenen thyreoidektomierten Kaninchen kann mit einer Verzögerung der Callusbildung gerechnet werden; eine solche Verlangsamung der Callusbildung ist hingegen bei thyreoidektomierten Ratten nie nachweisbar. Dieser Unterschied erklärt sich daraus, daß sich bei Ratten die Schilddrüse ohne Verletzung der Epithelkörperchen entfernen läßt, bei Kaninchen gehen bei der Schilddrüsenentfernung immer die inneren Epithelkörperchen verloren. Dieses Funktionsmanko der Epithelkörperchen wird bei jungen Kaninchen durch die Hyperfunktion der Thymus ausgeglichen. 4. Fütterung der Schilddrüse verlangsamt den Verkalkungsprozeß des Callus bedeutend. 5. Vergleicht man parathyreoidektomierte und thyreoparathyreoidektomierte Tiere (Ratten), so ergibt sich, daß bei letzteren die Callusbildung und Verkalkung des Callus schneller vor sich geht als bei ersteren. Gesamtergebnis: Die Schilddrüsen wirken auf die Frakturheilung nachteilig, die Epithelkörperchen dagegen fördern die Knochenbruchheilung. Schilddrüse und Epithelkörperchen wirken sich also entgegen. *Ed. Gamper* (Innsbruck).

Kurokawa, Kiyoyuki: An experimental study on hyperfunction of parathyroid glands by transplantation into homologous animals. (Experimentelle Untersuchungen über die Hyperfunktion der Nebenschilddrüsen durch Transplantation in homologe Tiere.) (*Dep. of pathol. a. bacteriol., med. coll., Keijo univ., Tokyo.*) Japan med. world Bd. **5**, Nr. 7, S. 173—179. 1925.

Verschiedene frühere Untersucher hatten vollkommenen Mißerfolg beim Versuch, Nebenschilddrüsen in normale Tiere zu verpflanzen; ein Studium der Hyperfunktion dieser Drüse mit Hilfe der Transplantationsmethode galt daher vielfach als aussichtslos. Von den 180 Versuchen des Verf. waren 48 positiv. Er operierte an Ratten verschie-

Digitized by Google

UNIV. OF CALIFORNIA

denen Alters und Geschlechts; die frisch entnommenen Parathyreoideae der Spenderratte wurden dem Versuchstier in die Bauchmuskulatur implantiert, wobei zu beachten ist, daß die Drüse nicht in der Nähe der Naht liegen darf; daß keine Blutung eintritt; daß keine Verbindung des Muskelbettes mit der Bauchhöhle eintritt; daß die Operation rasch ausgeführt wird und die Drüse absolut frisch ist. Die histologische Untersuchung der Transplantate (es wurden bis zu drei Drüsen in ein Tier verpflanzt) fand nach verschiedenen Zeitabschnitten, von 3 Tagen bis zu 10 Monaten, statt. Die Struktur des Drüsengewebes war in den positiven Fällen auch nach 10 Monaten vollkommen normal. Heilt das Transplantat nicht ein, was sich augenscheinlich schon in den ersten Tagen entscheidet, so findet eine bindegewebige oder fettige Degeneration des Gewebes statt; die Reaktion im umgebenden Gewebe ist aber auch in diesen Fällen eine sehr leichte. Die Wirkung des durch die Transplantation herbeigeführten Hyperparathyreoidismus zeigte sich am Gewicht der Versuchstiere: Die Gewichtszunahme wird eine sehr langsame, das Gewicht wird stationär, in anderen Fällen nimmt das Gewicht nach einer gewissen anfänglichen Steigerung weiterhin ständig ab. Einige Organe (Thymus, Thyreoidea, Geschlechtsdrüsen) zeigen atrophische Erscheinungen; andere, wie die Parathyreoideae in situ, Langerhansschen Inseln, Nebennierenrinde und Zirbel sind normal. Die langen Röhrenknochen der Extremitäten sind kürzer, schmäler und brüchiger als bei den Kontrolltieren; mikroskopisch ist eine Atrophie der zelligen Elemente und eine schmale und unregelmäßige Epiphysärlinie festzustellen. Die Knochenveränderungen sind nicht die gleichen wie bei Osteomalacie oder bei Rhachitis; diese Erkrankungen können daher nicht, wie das geschieht, auf eine Hyperfunktion der Nebenschilddrüsen bezogen werden. „Die durch die Hyperfunktion der Parathyreoideae hervorgerufenen Veränderungen sind auf gewisse Intoxikationsphänomene durch Störung des Stoffwechsels zurückzuführen." *v. Voss* (Dorpat).$_{o}$

Inouye, Takeo: Experimental tetany and diet. (Experimentelle Tetanie und Diät.) (*Laborat. of physiol. chem., Yale univ., New Haven, Conn.*) Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. 22, Nr. 1, S. 49—51. 1925.

In Versuchen an parathyreoidektomierten Hunden konnte gezeigt werden, daß die prophylaktische und therapeutische Wirkung des Milchzuckers stark von der Menge der gleichzeitig zugeführten Eiweißkörper (Casein) abhängt: je höher der Eiweißgehalt der Nahrung, desto größer auch der Milchzuckerbedarf. Bei parenteraler Applikation ist der Milchzucker völlig unwirksam. Der therapeutische Effekt ist auch bei enteraler Zufuhr meist geringer als die prophylaktische Wirkung. Die Tetanie geht stets mit erniedrigten Serumkalk- und erhöhten Phosphatwerten einher. Bei hohen Milchzuckergaben kehrt der Serumkalkspiegel zur Norm zurück oder bewegt sich nur wenig unterhalb des normalen Bezirkes. Verf. ist der Ansicht, daß die primäre Störung bei der parathyreopriven Tetanie im Eiweißstoffwechsel zu suchen sei und die Hypocalcämie nur ein sekundäres Symptom darstelle. *György* (Heidelberg).°°

Turpin, R.: La tétanie par hyperpnée. (Die Hyperventilationstetanie.) Progr. méd. Jg. 53, Nr. 43, S. 1567—1570. 1925.

Nach einem kurzen geschichtlichen Überblick wird die Symptomatologie geschildert. Der Versuch wird in Rückenlage ausgeführt. Die ersten Symptome sind: Kribbeln in den Händen und an der Außenseite der Beine und der Füße. Leichtes Lidflattern und fibrilläre Zuckungen der Platysma. Anfangs athetotische Bewegungen der Hände, bald aber Trousseau. Diese Symptome treten in den ersten 10—15 Minuten auf. Während derselben auch Chvostek und Pedalspasmen. Gesichtsstarre. Nach 10—15 Minuten „Karpfenschnauze" (Escherich) durch Kontraktion der Lippenmuskulatur. Häufig Sprachstörung. Alle Sehnenreflexe sind stark, die Hautreflexe mäßig gesteigert. Gefühl des Eingeschlafenseins der Glieder. Das Kontraktionsgefühl wird oft so schmerzhaft, daß der Versuch abgebrochen werden muß. Nach Aufhören der forcierten Atmung hält die Gesichtsstarre und das Händezittern am längsten an; ferner Kribbeln und Schweißausbruch. Die Kontraktionen sind rechts viel ausgeprägter als links. (Bei Linkser umgekehrt.) Mit Hilfe des citronensauren Salzes des Coffeins ist es möglich, die Latenszeit zu bestimmen, die der tetanischen Symptome vorangeht. Die Bromüre

Digitized by Google

üben eine umgekehrte Wirkung aus. Nach dem Charakter der Symptome kann man den Ablauf des Versuchs als eine partielle und transitorische Aufhebung der Cortex und der zentralen Kerne auffassen. Dafür sprechen die Muskelrigidität, die Herabsetzung des taktilen Wahrnehmungsvermögens, die athetotischen Bewegungen und die Bewußtseinsschwäche. Die Funktionen der Rinde beherrschen im Laufe des Versuchs die Funktionen der Thalamus und des Pallidums. Das Striatum soll relativ stabiler sein. Für die Genese wird eine Verminderung des Gesamtkalkgehaltes des Blutes angenommen. Parallel mit der Verminderung der Ca-Ionen geht die Verminderung der CO_2 und des Bicarbonatengehaltes des Blutes und die Zunahme der p_H. Der tetanische Anfall wird auch mit einer Zunahme der Chronaxiezeit der Nerven und der Muskel begleitet, die ebenfalls mit den physiko-chemischen Veränderungen parallel geht.

F. Klauber (Budapest).

Syphilis:

Babonneix, L., et L. Pollet: De l'importance du syndrome humoral rachidien pour distinguer les névraxites accidentelles chez un syphilitique des lésions nerveuses spécifiques. (Wert der Blut-Liquoruntersuchung zur Unterscheidung der bei einem Syphilitiker zufällig auftretenden organischen Nervenerkrankungen von den spezifischen Nervenläsionen.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 41, Nr. 32, S. 1340 bis 1341. 1925.

47jähriger Patient. Zittern und Muskelsteifigkeit. Patient bietet das typische Bild des Parkinsonismus. Das Leiden war nach starker Commotio cerebri aufgetreten. Anfangs Doppelsehen und Somnolenz. Penisnarbe, Blut-Wassermann stark positiv, Liquor-Wassermann negativ. Liquor klar, 1 Lymphocyt im Kubikmillimeter und 0,20 Albumen. Der Kontrast zwischen dem positiven Blut-Wassermann und dem völlig normalen Liquor zeigt, daß es sich um eine nichtspezifische Affektion des Zentralnervensystems bei einem Syphilitiker handelt.

Kurt Mendel.

Guiraud, P.: Polymorphisme de la syphilis encéphalique. (Formenreichtum der syphilitischen Erkrankungen des Gehirns.) Ann. méd.-psychol. Jg. 83, Nr. 3, S. 260—272. 1725.

Ausführliche Erörterung der bekannten differentialdiagnostischen Schwierigkeiten zwischen Hirnlues und Paralyse. Es gibt atypische Paralysen, die als Zwischenformen aufgefaßt werden, bei denen auch die serologische und histologische Untersuchung keine strenge Scheidung ermöglicht. Die völlige Trennung eines syphilitischen und paralytischen Typs der Kolloidreaktionen ist künstlich. Der unterschiedliche Ausfall deutet nur auf die verschiedene Intensität des Prozesses. Atypische klinische Bilder von mehr stationärem Typ können sich durch Behandlung mit Sulfarsenol und Fiebermitteln aus anfänglich typischen Paralysen entwickeln. Auf Einzelheiten kann nicht eingegangen werden. *A. Meyer* (Bonn).

Lhermitte, J.: Les symptômes syphilitiques du corps strié. La striatitis primitive syphilitique. (Die syphilitischen Symptome des Streifenhügels. Die syphilitische Striatitis.) Progr. méd. Jg. 53, Nr. 22, S. 817—825. 1925.

Verf. stellt folgende Syndrome striärer Erkrankungen auf syphilitischer Basis auf: 1. Das syphilitische Parkinsonsyndrom; 2. das pseudobulbäre Striatumsyndrom; 3. eine Form der Foerster schen arteriosklerotischen Muskelstarre, welche durch eine syphilitische Gefäßerkrankung verursacht wird. Bei striären Erkrankungen auf syphilitischer Basis finde man Gefäßinfiltrate im Corpus striatum. *Jahnel* (München).

Guttmann, Erich: Die spinale Muskelatrophie auf dem Boden der Lues. Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 46, S. 2200—2201. 1925.

Verf. konnte an der Cassirer-Hirschfeldschen Poliklinik innerhalb eines Jahres 4 einschlägige Fälle beobachten. Kasuistische Mitteilung der einzelnen Fälle. Beachtenswert ist besonders der erste Fall, der in einer Zeit von 15 Jahren keine Progredienz zeigte. Verf. weist mit Recht auf den Wert der richtigen Diagnose gerade in diesen Fällen, die der spezifischen Therapie zugängig sind, hin. Sie sind pathogenetisch streng zu trennen von den Fällen echter spinaler Muskelatrophie. *Pette* (Hamburg).

Digitized by Google

Koehler, Georg-Dietrich: Zur Polyneuritis luica. (*Stadtkrankenh., Zittau.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 33, S. 1366—1368. 1925.

Kasuistische Mitteilung von 2 Fällen, bei denen die Infektion 8 resp. 26 Jahre zurücklag. Bei kritischer Prüfung der Fälle glaubt Ref. beide Male die Diagnose beanstanden zu sollen. Die mitgeteilten Befunde sind z. T. einander so widersprechend, daß es schwer ist zu sagen, welcher Art der jeweilige Prozeß war (im 1. Fall: Liquor gelb „wie nach alter Apoplexie", Globulinreaktionen +++, im 2. Fall ausgesprochene Halbseitigkeit nach apoplektiformem Beginn, Fußklonus). Mit Recht weist Verf. auf die Seltenheit der luischen Ätiologie einer Polyneuritis hin. Man sollte deswegen nach Ansicht des Ref. hinsichtlich einer solchen Diagnose ganz besonders kritisch sein. *Pette* (Hamburg).

Menninger, Karl A.: Heredosyphilitic cranial osteoporosis. A preliminary report on a Roentgen-ray stigma found in late congenital syphilis. (Hereditäre Syphilis und Osteoporosis des Schädels. Vorläufige Mitteilung über ein Röntgensymptom bei kongenitaler Lues). Radiology Bd. **4**, Nr. 6, S. 480—491. 1925.

Durch die systematische Schädelröntgenisation eines jeden Falles von neurologischen und psychotischen Erkrankungen ist Menninger auf das Vorkommen einer kongenital-luetischen Osteoporose des Cranium gestoßen, von der man bisher nur wenig wußte. Es ist zwar bereits von Skinner, Schüller, Fournier, Shuttleworth, Knox u. a. gelegentlich darauf aufmerksam gemacht worden, daß bei Knochenlues der Schädelkalotte eine gewisse Prädilektion gegenüber der Schädelbasis zukommt, ohne aber dabei die angeborene Lues besonders herauszuheben. Indessen haben die meisten Röntgenologen und anscheinend alle Syphilidologen von dieser Tatsache kaum Kenntnis genommen, wie das aus den vielen Separatarbeiten über die Knochenlues hinlänglich zu ersehen ist. Autor berichtet unter Beigabe sehr instruktiver Photogramme über 24 Erkrankungsfälle mit epileptischen, konstitutionellen, psychoneurotischen und traumatischen Begleiterscheinungen, die röntgenologisch alle eine deutliche, meist sehr ausgebreitete Osteoporose des Schädeldaches ergaben, mit unverkennbarem Hinweis auf die hereditär-luetische Grundlage des Prozesses; freilich war letztere nicht immer leicht sicherzustellen, sondern erst durch die längere Beobachtung und Untersuchung zu erweisen; insonderheit versagte die Wassermann-Probe oft völlig: In mehreren ganz unzweifelhaften Fällen blieb sie bei den Kranken, ihren Eltern und Geschwistern dauernd negativ, in anderen zweifelhaft. Sicherlich ist diese Osteoporose der Schädelkalotte nicht in allen Fällen hereditärer Lues zugegen und daher nicht pathognomonisch; sie bildet aber zweifellos eine recht häufige Begleiterscheinung dieser Erkrankungsform. Dabei bleibt freilich noch die Frage offen, ob sie eine direkte syphilitische Reaktion oder den Ausdruck einer Dystrophie auf der Basis luetischer Läsionen des inkretorischen Systems oder endlich ein Stigma einer somatischen Degeneration darstellt. *Dexler* (Prag).

Higier, Heinrich: Hereditäre Lues und familiäre spastische Lähmung von cerebralem Typus (Diplegia cerebralis progressiva familiaris). Neurologia polska Bd. **8**, H. 1, S. 15—28. 1925. (Polnisch.)

Im Anschluß an die Besprechung einer dreigliedrigen Familie, die mit spastischer progressiver cerebraler Diplegie und gleichzeitiger Heredolues behaftet ist, werden eingehend diejenigen klinischen Merkmale und histopathologischen Kriterien analysiert, die trotz bestehender spezifischer Infektion zur Annahme eines konstitutionell-endogenen Grundleidens vollauf berechtigen. Als Ausgangspunkt wählt Higier seine ältere Arbeit vom Jahre 1896 (Über die seltenen Formen der hereditären und familiären Hirn- und Rückenmarkskrankheiten, Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde **9**) und spätere vom Jahre 1910 (Über progressive cerebrale Diplegie und verwandte Formen **38**), Abhandlungen, die in 15jährigen Intervallen dieselben fundamentalen Fragen der Heredität, Kongenitalität und Familiarität von neuen Gesichtspunkten aus und bei Inbetrachtziehen neu angesammelten und modern untersuchten Materials übersichtlich zu diskutieren gestatten. Für die Praxis genügen noch immer am meisten die vor Jahren vom Verf. hervorgehobenen Merkmale der klinischen und anatomischen Homochronie, Homotopie, Homologie, Progressivität und Heredofamiliarität. *Higier* (Warschau).

Digitized by Google

Sézary, A.: La syphilis nerveuse conjugale et sa pathogénie. (Die konjugale Nervensyphilis und ihre Pathogenese.) Presse méd. Jg. **33**, Nr. 91, S. 1505—1506. 1925.

Verf. führt zur Genüge bekannte Gründe an, die ihn veranlassen, an das Vorkommen verschiedener Spirochätenstämme zu zweifeln. Die von vielen Autoren als Beweis angeführte Tatsache einer konjugalen Erkrankung an Tabes oder Paralyse wird hinfällig, wenn man bedenkt, daß das Vorkommen einer solchen konjugalen Form der Lues doch immerhin relativ selten ist. *Pette* (Hamburg).

Dietel, Friedrich: Zur Behandlung von Salvarsanschäden. (*Univ.-Hautklin., Erlangen.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 43, S. 1778—1779. 1925.

Manche Patienten, die Neosalvarsan nicht vertragen und Kopfschmerzen und Fieber bekommen, lassen die Fortführung der Kur mit dem in Afenil oder einer 10 proz. Kalklösung gelösten Mittel anstandslos durchführen. Besonders wertvoll ist dieser Lösungsmodus bei Kranken, die zu Angioneurosen neigen. In den letzten Jahren sah Verf. keinen Fall von Encephalitis haemorrhagica im Anschluß an eine Salvarsanbehandlung. *Mendel.*

Photakis, B. A.: Über einen perakuten Todesfall nach intravenöser Neosalvarsan-Injektion. (*Pathol. Inst., Univ. Athen.*) Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. **6**, H. 4, S. 363—365. 1925.

Eine 20jährige Frau mit Roseola syph. und stark positiver Wassermannscher Reaktion erhielt eine volle Serie Neosalvarsandosen intravenös in der üblichen Dosierung, danach 3 mal in Zwischenräumen von einer Woche 0,9 Neosalvarsan. Nach der letzten Dosis Koma, nach 10 Minuten Exitus. Befund: Hyperämie der Gehirngefäße, allgemeine Stauungshyperämie im ganzen Körper, Ödem des Hirnes, in Pleura- und Bauchraum, Milz- und Leberschwellung, große Zerstörung an den Nebennieren.

Der Tod ist Folge einer hämatotoxischen Paralyse der vasomotorischen Zentren. Das Salvarsan wirkt in den therapeutischen Dosen nicht giftig, weil es allmählich in seine Komponenten, Arsen-Benzolreste zerlegt wird. Wenn das Salvarsan schnell zerfällt, so bedingt das frei gewordene Arsen perakute Vergiftung. 0,9 Neosalvarsan enthalten 289 mg Arsen, die letale Dosis des Arsen beträgt 60 mg. Der akute Salvarsantod gleicht der akuten paralytischen Form der Arsenvergiftung. Unter welchen Bedingungen das Salvarsan im Körper schnell zerfällt, ist uns unbekannt. *Henneberg.*

Vergiftungen, Infektionen:

Schnitter, und F. Paris: Untersuchungen über Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit bei chronischer Bleivergiftung. (*Stadtkrankenh., Offenbach a. M.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 44, S. 1876. 1925.

Bei „gesunden" und kranken Bleiträgern findet sich im allgemeinen eine leichte Beschleunigung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit. Mit steigender Bleiaufnahme tritt gewöhnlich — nicht immer — eine steigende Beschleunigung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit ein. *Kurt Mendel.*

Neugarten, Ludwig: Über das Schicksal der Kinder eklamptischer Mütter. (*Frauenklin., med. Akad., Düsseldorf.*) Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 35, S. 1938—1944. 1925.

Unter 123 Fällen von Eklampsie der Mütter waren 44 Kinder totgeboren. 64,8% der Kinder verließen lebend die Klinik. Über 30 Kinder konnten im Alter von 2—16 Jahren Nachforschungen mit Erfolg angestellt werden. 6 waren verstorben, ohne daß sich zwischen ihrer Todesursache und der mütterlichen Eklampsie direkter ursächlicher Zusammenhang finden ließ; ein indirekter bestand insofern, als bei 5 Kindern eine durch die Eklampsie verursachte vorzeitige Geburt sie weniger widerstandsfähig den Schädigungen des extrauterinen Lebens preisgegeben hatte. Die nachuntersuchten 24 Kinder waren körperlich gut entwickelt, organische Erkrankungen des Zentralnervensystems kamen nicht zur Beobachtung, ebensowenig waren funktionelle Nervenkrankheiten oder Geisteskrankheiten aufgetreten. *Erna Ball* (Berlin).

Elwyn, Herman: A new explanation for the occurrence of eclampsia in pregnancy. (Eine neue Erklärung für das Auftreten von Schwangerschaftseklampsie.) Americ. journ. of obstetr. a. gynecol. Bd. **10**, Nr. 5, S. 698—705. 1925.

Die klinischen Erscheinungen und anatomischen Befunde bei der Eklampsie er-

Digitized by Google

klären sich dem Verf. aus einer spastischen Kontraktion der Arteriolen. Da in der Schwangerschaft die Reizbarkeit des neuromuskulären Apparates des Uterus sich steigere, dieser aber sein Zentrum im Zwischenhirn habe, von wo auch der Vasoconstrictorenapparat seinen Ausgang nehme, so liege es nahe anzunehmen, daß der Zustand erhöhter Reizbarkeit vom Zentrum für die Uterusbewegungen auf das vasomotorische Zentrum übergreife. Wenn nur in einigen Schwangerschaftsfällen der arterielle Spasmus so hochgradig werde, daß die Erscheinungen der Eklampsie aufträten, so könne das verschiedene Gründe haben, z. B. körperliche oder emotionelle Strapazen oder auch der Übergang für die Mutter toxischen Blutes aus dem Kreislauf des Fetus in den mütterlichen. Die Bevorzugung Erstgebärender komme daher, daß die nervösen Apparate noch nicht gelernt hätten, sich den erforderlichen Grad von Reizbarkeit zuzulegen, sondern über das Notwendige hinausgingen (!). *Geelvink* (Frankfurt a. M.).

Schükri, Ichsan, und Hugo Spatz: Über die anatomischen Veränderungen bei der menschlichen Lyssa und ihre Beziehungen zu denen der Encephalitis epidemica. (*Anat. Laborat., Irrenanst. Top-Tachi, Konstantinopel u. Kaiser Wilhelm-Inst., München.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **97**, H. 5, S. 627—650. 1925.

In zwei Fällen sehr rasch verlaufener Tollwut beim Menschen (Tod in 2—2½ Tagen nach Beginn der klinischen Erscheinungen) fanden sich entzündliche Veränderungen im Mittelhirn und weitaus am stärksten in der schwarzen Zone der Substantia nigra; in geringerem Grade sind befallen das Höhlengrau des Aquädukts, die Gegend der Oculomotoriuskerne, die Haube der Brücke und der Medulla oblongata — also eine Ausbreitung der entzündlichen Erscheinungen, wie sie auch bei der Encephalitis epidemica die Regel ist. Das Infiltrat besteht aus Lymphocyten und polymorphkernigen Leukocyten, welche aus den adventitiellen Räumen in der Substantia nigra auch in das Gewebe übergetreten sind; Plasmazellen fehlen ganz. Babessche Knötchen zeigten in der Substantia nigra häufig in ihren Zellen schwarzes Pigment aus den Nervenzellen, so daß sie als Ausdruck echt neuronophagischer Vorgänge gedeutet werden konnten. Negrische Körperchen waren in beiden Fällen nicht nachzuweisen. Während in dem ersten Fall rein degenerative Veränderungen fehlten — wo sie vorhanden zu sein schienen, ließ sich ihre Abhängigkeit von der Entzündung nachweisen —, waren sie in dem zweiten Falle neben den geschilderten Entzündungserscheinungen, aber unabhängig von ihnen, über das ganze Gehirn ausgebreitet. Im Nißlbild waren überall nur die Kerne gefärbt, von den Zelleibern der Ganglien- und Gliazellen war kaum eine schattenhafte Andeutung zu sehen, so daß sich die Rinde vom Mark fast gar nicht abhebt. Der Nucleolus ist enorm blaß; im ganzen Kern, besonders aber an der Oberfläche des Nucleolus sind sehr feine und auch gröbere, intensiv gefärbte Chromatinkörner zu sehen. Es gibt keine intakten Nervenzellen, aber auch keine, welche die Anfangs- oder Endstadien dieser eigentümlichen, offenbar sehr tiefgreifenden Veränderung zu erkennen erlauben. Die Kernkörperchen tingierten sich mit der Lentzschen Färbung rosa, während alle übrigen Zellbestandteile blaugefärbt waren; in dem ersten Fall, wo keine Veränderung der Nucleolen vorlag, fehlte diese Färbung. Da nach Benedek und Porsche die Negrischen Körperchen als Degenerationsprodukte der Nucleolen aufzufassen sind, so zeigt der Ausfall der Färbung, daß wir es hier vielleicht mit Vorstadien derselben zu tun haben.

Die Ähnlichkeit des pathologisch-anatomischen Bildes dieser Fälle mit dem der Encephalitis epidemica ist sehr groß. Die Ausbreitung der entzündlichen Erscheinungen ist die gleiche, das Vorherrschen der polymorphkernigen Leukocyten im Infiltrat und frei im Gewebe ist bei der Encephalitis allerdings sehr selten, dürfte hier aber mit dem ungewöhnlich raschen Verlauf zusammenhängen, und daß bei der Encephalitis ebenfalls degenerative Veränderungen das Bild beherrschen können, hat schon Klarfeld gezeigt. Vielleicht gibt diese Ähnlichkeit einen Hinweis auf die Pathogenese: wie die entzündlichen Erscheinungen der Encephalitis epidemica sich vermutlich „vom Liquor aus“ verbreiten (Spatz), so könnte ihre gleiche Verbreitung bei der Lyssa auf denselben Weg hindeuten. Das würde gut zu der bekannten Anschauung passen, daß die Noxe bei der Tollwut zum Gehirn auf den Bahnen der peripheren Nerven gelangt, deren Lymphbahnen mit den subarachnoidalen Räumen kommunizieren. Hier kann nur Aufschluß durch die Untersuchung weiterer Fälle gewonnen werden. Mit der Mahnung, der Substantia nigra erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden, schließt die gehaltreiche Arbeit. *Hallervorden* (Landsberg a. d. Warthe).

Digitized by Google

Niepokojczycka, J.: Lyssa bei einem Dreijährigen. Pedjatrja polska Bd. 5, H. 3, S. 153—156. 1925. (Polnisch.)

Bei einem 3jährigen Kinde, das von einem jungen, auf Lyssa verdächtigen verschollenen Hund in den Kopf gebissen wird, entwickelt sich nach $2^1/_2$ Monaten ein schweres fieberhaftes Krankheitsbild, das als aufsteigende Paralyse nach 15 Tagen ad exitum führt. Die Differentialdiagnose zwischen postinfektiöser Encephalomyelitis oder akuter Poliomyelitis war nicht leicht. Der Hund verschwand, von 2 von ihm gebissenen Haustieren blieb ein Schwein unberührt, erlag ein Huhn. Die Inkubationsdauer von über 70 Tagen war zu lang, speziell beim Kopfbiß, der frühen Lyssaausbruch zu geben pflegt. Die über halbmonatige Dauer der Krankheit ist viel zu lange für die aufsteigende Lyssalähmung, die in der Regel viel rascher zum Tode führt. Die nicht zu hohe Temperatur, das Fehlen des Händezitterns, der Salivation, des Schluchzens und schließlich die relative Seltenheit des klinisch und anatomo-pathologisch nachgewiesenen Landry bei Lyssa (Fälle von Higier, Gehuchten, Urixe) sprachen gegen Lyssa. Der histologische Befund (Meningoencephalitis diffusa, Negrische Körperchen), die biologische Probe am subdural geimpften, der Rabies erlegenen Kaninchen bestätigte die Vermutung einer ziemlich späten, dennoch sehr schweren letalen Lyssa. *Higier* (Warschau).

Beschäftigungsneurosen, funktionelle und lokale Krämpfe:

Bing, Robert: Über lokale Muskelspasmen und Tics, nebst Bemerkungen zur Revision des Begriffes der Psychogenie. Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 44, S. 993—1000. 1925.

Nach einem kurzen Rückblick auf die bis in die jüngste Zeit geltend gemachten pathogenetischen Auffassungen der lokalen Muskelspasmen und Tics und die Bestrebungen, psychogene und nichtpsychogene Formen voneinander abzugrenzen, legt Bing die Erkenntnisse dar, die das Studium der Encephalitis epid. vermittelt hat. Er bringt zunächst in topographischer Anordnung Beispiele von postencephalitischen Spasmen und Tics im Facialisgebiet, im Bereich der Zungen- und Kaumuskulatur, an den Respirationsmuskeln, den Augenmuskeln, an der Hals- und Rumpfmuskulatur, den Extremitäten, endlich von generalisierten Tics, und weist dann auf Beobachtungen hin, in welchen andere Affektionen der subcorticalen Ganglien analoge hyperkinetische Phänomene bedingten. Mit der genaueren Lokalisation der Läsionen, die zu derartigen Hyperkinesen führen, ist es noch ziemlich schlecht bestellt. B. hält es aber so gut wie sicher, daß für alle diese Spasmen und Tics Läsionen des Neostriatums verantwortlich zu machen sind. Dafür spricht die Verwandtschaft dieser Hyperkinesen mit den generelleren Phänomenen der Athetose und Chorea, über deren neostriäre Natur sich B. in einer früheren Arbeit näher ausgesprochen hat. Physiopathologisch erscheinen dem Autor die neostriären Spasmen und Tics ebenso wie die Chorea und Athetose als Enthemmungs- oder Liberationsphänomene. Für das Zustandekommen von Spasmen und Tics sind aber offenbar eine Anzahl von Bedingungen notwendig. Fürs erste müssen die großen Pallidumzellen, die Träger der striären Automatismen, wenigstens partiell erhalten sein. Eine weitere Bedingung dürfte in der relativ eng begrenzten Lokalisation der Zerstörungen innerhalb des Neostriatums gegeben sein. Unlösbare Schwierigkeiten bereitet vorläufig die Erklärung des paroxysmalen Charakters so vieler striärer Muskelkrämpfe. B. geht dann auf die Frage über, warum gelegentlich auf rein hysterischer, rein autosuggestiver Grundlage Krankheitsbilder entstehen, die mit jenen striären Spasmen und Tics eine klischeeartige Ähnlichkeit aufweisen. Der Autor hat schon im Jahre 1913 die Gründe angeführt, die dafür sprechen, daß bei der symptomatologischen Gestaltung psychogener Symptome gewisse, im anatomischen Aufbau und in der physiologischen Organisation unserer Nervenzentren gegebene Verhältnisse wesentlich mitwirken und bis zu einem gewissen Grade fertige Schablonen zur Verfügung stellen. Durch eine einseitige psychologische Betrachtung kann man der ganzen Komplexität der hysterischen Phänomene nicht gerecht werden, eine Revision des Begriffes der Psychogenie erweist sich als notwendig. Neben den durch organische Läsionen des Neostriatums und den durch psychogene Liberation subcorticaler Automatismen bedingten Spasmen und Tics unterscheidet B. endlich noch funktionelle Formen, wie sie bei unterernährten, anämischen oder durch akute Krankheiten geschwächten Individuen,

Digitized by Google

z. B. als Blepharospasmus, Caput obstipum spasticum vorkommen und mit der Wiederherstellung eines guten Allgemeinzustandes wieder schwinden. Es scheint, daß es sich hier um reversible Störungen im Innervationsgleichgewicht einzelner Teile des subcorticalen Ganglienapparates handelt. Von großem Interesse ist die Vergesellschaftung mancher Ticformen mit Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen. Für die Deutung der Tatsache, daß dem motorischen Automatismus der Durchbruch eines psychischen Impulses beigeordnet sein kann, lehnt B. die Annahme, daß im Striatum selbst Zentren für komplexe psychische Funktionen liegen, ab und spricht nur von einer Rückwirkung der motorischen Zwangsentladung auf das psychische Gebiet. Zum Schlusse gedenkt der Autor in Kürze der therapeutischen Richtlinien, wie sie sich aus der neuen Gestaltung der Lehre von den lokalen Muskelkrämpfen und Tics ergeben. *Ed. Gamper.*

Horn, Ludwig: Über Spasmus mobilis im Gesicht. (*Psychiatr.-neurol. Klin., Univ. Wien.*) Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. **44**, H. 2/3, S. 273—280. 1925.

Horn beschreibt 3 Patienten (davon litten zwei an Hemiathetose und der dritte war Epileptiker), welche unwillkürliche Spannungszustände wechselnder Intensität und von sekundenlanger Dauer in der Gesichtsmuskulatur — hauptsächlich einer Seite — zeigten. Die durch den „Spasmus mobilis" des Gesichts hervorgerufenen Gesichtsbewegungen waren einfache primitive, an den Tic convulsif erinnernde Bewegungen. *Paul Schuster* (Berlin).

Rothfeld, J.: Beitrag zur Pathologie der Halsmuskelkrämpfe. (*Nervenklin., Univ. Lemberg.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 36, S. 988—989. 1925.

Mitteilung eines Falles mit Kombination von Halsmuskelkrämpfen und hypokinetisch-rigidem Syndrom: 30jähriger ♂. Seit 3 Jahren Halsmuskelkrämpfe, seit ½ Jahr Speichelfluß, Ungeschicklichkeit der rechten Hand. Befund: Hypokinetisch-rigides Syndrom mit Beugehaltung des Rumpfes (bei Streckung der Wirbelsäule) und der Arme, leichtem Händezittern, Fehlen der Pendelbewegungen der Arme, Amimie, monotoner, langsamer Sprache, Rigidität (rechts mehr als links), Pupillendifferenz usw. Infolge der Halsmuskelkrämpfe langsame ruckartige Dorsalbeugung des Kopfes mit Steigerung beim Stehen und Gehen, zuweilen mit Offenstehen des Mundes. Die Dorsalbeugung kann willkürlich nicht ganz überwunden werden, bei passiven Kopfbewegungen Widerstand. Da die Halsmuskelkrämpfe zunächst ohne andere dystonische Symptome auftraten, will sie Verf. der isolierten Form gleichwertig erachten. Für die extrapyramidale Genese derselben spricht das spätere hypokinetisch-rigide Syndrom. Ätiologie unklar, Anhaltspunkte für Encephalitis epidemica fanden sich nicht. (Derartige Fälle waren bei der Encephalitis epid. in den letzten Jahren nicht ganz selten. Ungewöhnlich ist nur das isolierte lange Vorausgehen der Halsmuskelkrämpfe. Ref.) *W. Runge* (Kiel).

Traumatische Nervenerkrankungen, Kriegsverletzungen:

Hartmann, Heinz, und Paul Schilder: Zur Psychologie Schädelverletzter. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **75**, H. 2/3, S. 287—300. 1925.

Bei Korsakowscher Psychose haben Brodmann, Gregor, Grünthal festgestellt, daß dem Gedächtnis das Material nicht vollkommen entschwindet, daß vielmehr nur die Entäußerungen und Einstellungen gestört sind. Nach Betlheim und H. Hartmann werden in den Situationsverkennungen dieser Kranken symbolische Einstellungen besonderer Art mit Zähigkeit festgehalten. In der vorliegenden Arbeit suchen nun Hartmann und Schilder an 3 Fällen von Korsakowscher Psychose nach Schädelverletzung den Äußerungsformen der Kranken nachzugehen und finden in den Gedächtnisstörungen ganz bestimmte Verläufe. In den ersten Phasen und auch noch während der Aufhellung des Bewußtseins ist zu bemerken, daß die Kranken ihrem eigenen Kranksein ausweichen, daß sie das eigene Trauma verkennen und anders deuten. Ein Patient überträgt sogar die eigene Krankheit in der phantastischen Beurteilung auf eine befreundete Person und schätzt sich selbst in seiner Psychose als gesund ein. Die Krankheitseinsicht kommt oft erst nach voller Bewußtseinsaufhellung und nach Aufhören der Amnesie. Die Erscheinung wird in Zusammenhang gebracht mit Schilders Theorie von der Gleichartigkeit der organischen und hysterischen Amnesie und in Analogie gesetzt zu der Auffassung Betlheims von der Tendenz Sensorisch-Aphasischer, sich in ihrem paraphasischen Gerede über ihren eigenen Defekt hinwegsetzen. Weiterhin wird eine Ansicht Pötzls herangezogen, der in solchen Fällen eine Parallele zieht zu den Störungen der „Wahrnehmung des eigenen Defektes" im

Digitized by Google

Sinne von Anton. Die Autoren glauben demnach in den beschriebenen Fällen von Korssakowscher Psychose einen organischen Verdrängungsmechanismus sehen zu sollen, der sich auf das eigene Kranksein bezieht. (Warum nun freilich diese „verständlichen" Mechanismen sich gerade an diese Formen rohester, letzten Endes doch gar nicht aus dem Psychischen heraus „verständlicher" ursächlicher Einflußnahme auf das Gehirngeschehen anschließen und wie hier die Zusammenhänge sind, wird nicht als Problem aufgestellt.) *E. Feuchtwanger* (München).

Hall, Geo. W.: The relation of psychotic and neurotic disturbances to head injuries. (Die Beziehungen psychotischer und neurotischer Störungen zu Kopftraumen.) Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 4, S. 279—286. 1925.

Kopftraumen können im allgemeinen nicht als Ursache von Hirntumoren oder anderen organischen Hirnerkrankungen angesehen werden. Ein bis dahin latentes bzw. unerhebliches Leiden kann jedoch durch ein derartiges Trauma manifest bzw. verschlimmert werden. Psychische Erkrankungen im Gefolge von Kopftraumen werden mitunter bei früher ganz normalen Individuen beobachtet; diese Zustände sind meist von kurzer Dauer und gehen in Heilung über. Handelt es sich um Dauerstörungen, besonders um Charakterveränderungen, so ist eine prätraumatische Disposition wahrscheinlich. 3 eigene Beobachtungen. *Taterka* (Berlin).

Panse, Friedrich: Über Schädigungen des Nervensystems durch Blitzschlag. (*Berlin. städt. Irrenanst., Dalldorf.*) Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 59, H. 5/6, S. 323—354. 1925.

Verf. untersuchte die Opfer des Blitzschlags auf der Festung Königstein in Sachsen vom 13. IV. 1925 (2. Osterfeiertag). 3 Personen waren bei dieser Blitzschlagkatastrophe sofort tot, 26 wurden schwerer oder leichter verletzt. Von diesen untersuchte Verf. später 14, von 7 weiteren holte er mittels ausführlichen Fragebogens brauchbare Eigenberichte bei. Über diese 21 Fälle wird in vorliegender dankenswerter Arbeit berichtet. Sie zeigen große Übereinstimmung im Symptomenbild und Verlauf. Als typische Erscheinungen können bezeichnet werden: 1. eine mehr oder weniger tiefe Bewußtseinstrübung; 2. kurzdauernde Funktionsausfälle, die Motilität und Sensibilität einzelner oder aller Extremitäten umfassen; 3. Störungen seitens des autonomen Nervensystems; 4. psychologische und psychopathische Reaktionen. Die Bewußtlosigkeit war in allen Fällen kurzdauernd (1 Sek. bis 15 Min., in einem Falle 1 St.), sie hat in keinem Falle eine retrograde Amnesie hinterlassen. Amnesie für den Blitzschlag selbst gaben 7 Kranke an (darunter 2 Kinder). Erbrechen oder unwillkürlicher Stuhl- oder Urinabgang wurden nicht beobachtet. Die Art der Blitzeinwirkung ist wahrscheinlich eine komplexe: neben chemischer Wirkung in der Richtung der Ionenwanderung und Elektrolyse spielen mechanische Reize und thermische Schädigungen eine Rolle. Außerdem führt die elektrische Durchströmung zu hochgradigen und anhaltenden vasomotorischen Störungen, die klinisch sehr auffällig sind und sich pathologisch-anatomisch z. B. in Gefäßzerreißung, Hirnanämie, ungewöhnlicher Blutverteilung haben nachweisen lassen. — Nach der schnellen Aufhellung der Bewußtseinstrübung waren die Betroffenen zunächst unfähig, ein Glied zu rühren, ohne ein Gefühl von ihren Extremitäten oder auch vom Rumpf zu haben, ohne die Hitze, die ihren brennenden Kleidern ausging, oder die Brandwunden zu spüren. Nach wenigen Minuten setzte die Bewegungsfähigkeit der einzelnen Glieder wieder ein, gleichzeitig mit Parästhesien. In allen Fällen gingen die Paresen, Reflex- und Sensibilitätsstörungen in Heilung aus. Die Beine waren meist stärker befallen als die Arme. Hemiplegien wurden nicht beobachtet, die Hirnnerven blieben frei. Gefäßspasmen in den Extremitäten, Ödeme, vasomotorisch bedingte Ohnmachtsanfälle, diffuse Schweißausbrüche, Obstipation, Störungen der Menses, einseitige Pupillenerweiterung deuteten auf Mitergriffensein des autonomen Nervensystems. In 6 Fällen ließ sich eine psychopathische Vorgeschichte erheben, davon reagierten 4 auf das Unfallerlebnis psychopathisch, und zwar jeder seiner Veranlagung entsprechend. In keinem Falle stellte sich aber eine „traumatische Neurose" ein. Die Prognose der

Digitized by Google

psychischen Reaktionen war eine absolut gute, sie überdauerten nur in wenigen (den psychopathischen) Fällen die somatischen Störungen. Die Fälle zeigten, welchen großen Einfluß Gesundheitswille und Notwendigkeit, arbeitsfähig zu bleiben, auf körperliche Störungen haben. Verf. hat schließlich die Kasuistik der Körperschäden durch Blitzschlag bis zum Jahre 1834 zurückverfolgt (im ganzen 202 Fälle). Krankheitsbilder, die man als „traumatische Neurose" deuten könnte, fehlen bis zum Jahre 1891, trotzdem psychogene Blitzschlagfolgen an sich bekannt waren und trotzdem Blitzschläge einen Unfall schwerster Art mit starkem psychischem Shock, zentral- und peripher-nervösen Schädigungen bedeuten. Hypochondrisches Vorurteil und subjektiv oft sehr berechtigte Sorgen um die gesundheitliche Zukunft allein waren nicht imstande, eine Unfallneurose auszulösen. Sog. „Blitzneurosen" traten ohne Ausnahme in Fällen mit Entschädigungsberechtigung auf. Es läßt sich also die Hoffnung, auf dem Wege über die elektrischen Störungen des Nervensystems zum Verständnis des Wesens der Unfallneurosen zu kommen, nicht aufrecht erhalten. Auch bei Unfällen, wie den elektrischen, bei denen chemische und feinste organische Veränderungen des Nervenparenchyms als gegeben zu betrachten sind, tritt keine nervöse Dauerstörung ein, die sich als Unfallneurose deuten ließe. *Kurt Mendel.*

Bruce, James W.: Intracranial hemorrhage of the new-born. (Intrakraniale Blutungen bei Neugeborenen.) Internat. clin. Bd. **2**, Ser. 35, S. 201—208. 1925.

Kurze Darstellung der Ätiologie und Klinik der intrakranialen Blutungen ohne neue Ergebnisse. Therapeutisch empfiehlt der Autor Lumbalpunktion, wenn diese mißlingt, Zisternenpunktion, eventuell subtemporale Dekompression. Behandlung einer etwaigen hämorrhagischen Diathese mit Citratblutinjektionen. *Erwin Wexberg.*

Diez, Salvatore: Le sindromi lombalgiche e lombartriche attribuite a sforza, nell'infortunistica. (Die lumbalgischen und lumbarthritischen, durch Gewalteinwirkung bei Unfällen hervorgerufenen Symptomenkomplexe.) Policlinico, sez. med. Jg. **32**, H. 11, S. 533—557. 1925.

Kommen Kranke mit Schmerzen und Steifigkeit der Lendengegend nach einem Unfall zur Begutachtung, so ist es wichtig, zwischen zwei großen Gruppen von Krankheitszuständen zu unterscheiden. Die eine umfaßt vorher gesunde Individuen, deren Leiden sicher durch den Unfall verursacht sind; die in die andere Gruppe fallenden Veränderungen können durch den Unfall ausgelöst sein. Zur ersten gehören a) Muskelzerreißungen, deren Entstehungsweisen genau geschildert werden. Das Hauptsymptom ist ein tiefsitzender, plötzlich eintretender, bei Druck und Körperbewegung sich steigernder Schmerz und als Folge davon Muskelcontractur. b) Wirbeldistorsionen mit lokal begrenztem Schmerz und reflektorisch bedingter Muskelcontractur. c) Bruch der Apophysen mit Schmerzen seitens der beteiligten Wurzeln, meist, da es sich um den 5. Lendenwirbel handelt, der des Ischiadicus. d) Zerrung des Iliosacralgelenks mit einseitigem, nächtlichem Schmerz der Lendengegend, den der Kranke durch Seitenlage zu vermeiden sucht und der beim Sitzen und bei gebeugtem Körper zurückgeht. Es besteht dabei abnorme Beweglichkeit des Gelenks. Zur 2. Gruppe gehören a) die rheumatische Lumbago, eine Entzündung der feinsten Nervenendigungen, aus der Störungen des Muskelsinns resultieren. Hier wechselt der Schmerz oft seinen Sitz und ist im Gegensatz zur Muskelzerreißung beiderseitig. Es bestehen erhöhte Muskelerregbarkeit, fibrilläre Zuckungen, leichtes Fieber, Schweregefühl der Lendengegend, Scheu vor Rumpfbewegungen, Schwierigkeit, die Muskeln kontrahiert zu halten; das Leiden trifft Personen mit neuroarthritischer Diathese. b) Neuralgien der Lumbalnerven, deren Verlauf die Schmerzen dann folgen. c) Idiopathische Wurzelentzündungen, die durch Traumen ausgelöst werden können, gewöhnlich einseitig sind, beim Husten, Naseputzen Schmerzen veranlassen, oft nur in Form von Ischias — daher Kernig (? Ref.) und Lasègue + — und zu Abduction, Flexion und Innenrotation bei Rückenlage führen. d) Sekundäre Wurzelentzündungen infolge von Hirnhauterkrankungen. e) Wurzelentzündungen (und Lumbarthrien) infolge von Skelettverän-

Digitized by Google

derungen, meist des 5. Lendenwirbels, nach Lupo nur in 17% traumatischen Ursprungs. f) Spondylitis tbc., röntgenologisch erkennbar. g) Spondylitis deformans, die auch Röntgenuntersuchung nötig macht. h) Ankylosierende Spondylitis mit Osteophytenbildung. i) Sakralisation, wo eine Zeitlang der nach einer Verletzung bestehende Reiz den Zustand verschlimmern kann. k) Symptomatische Lendenwirbelschmerzen bei Eingeweidekrankheiten. l) Wirbelschmerzen bei Frauenleiden (Prolaps, Schwangerschaft, Rectusdiastase). m) Wirbelinsuffizienz, Genu valgum, varum, recurvatum, Plattfuß. n) Neurasthenie, bei der die Muskelatonie leicht zu Wirbeldistorsion führe (? Ref.). o) Hysterie. Um Simulation auszuschließen, prüfe man die Bewegungen in allen Körperstellungen. Die Levaische und Kendriksche Probe wird empfohlen. Immer muß man sich über die wirkliche Schwere der beim Unfall einwirkenden Gewalt vergewissern. Röntgenbild ist unerläßlich. *Kastan* (Hamburg).

Nervenkrankheiten der Tiere:

Stedefeder, K.: Akute Gehirnentzündung bei Rindern, kurze Zeit nach dem Auftrieb auf die Weide. Berl. tierärztl. Wochenschr. Jg. 41, Nr. 49, S. 807—808. 1925.

Alljährlich, wenn im Mai die Kühe auf die Weide getrieben werden, tritt bei einigen Tieren in den ersten Tagen plötzlich eine Erkrankung ein, die mit dem Aufhören der Freßlust beginnt. Dann fangen sie an, sich sonderbar zu benehmen, und gehen wie gehirnkranke Tiere umher, wobei sie auch den Kopf abnorm tragen. Alsdann werden sie unruhiger, springen blindlings im Kreise herum, verdrehen die Augen und machen Kaubewegungen. Nach einiger Zeit des Tollens fallen sie wie betrunken um und machen vergeblich die größten Anstrengungen, sich wieder aufzurichten, wobei sie immer auf eine Seite fallen. In dieser Seitenlage strampeln sie dann immerfort mit den Beinen in der Luft und mühen in klonisch-tonischen Krämpfen sich furchtbar ab. Der Kopf wird immer mehr nach rückwärts gezogen, die Augen treten stark hervor und haben einen ängstlichen Blick. Blasiger Schaum vor dem Maul, fürchterliches Stöhnen. Dieser Zustand dauert etwa 2—3 Stunden, dann stirbt das Tier ab. Die Autopsie ergab stets nur Hyperämie der Gehirnhäute. Intravenöse Chloralhydratinjektion brachte in einem Falle völlige Heilung. Die Ursache der akuten Gehirnerkrankung ist noch unbekannt.

Kurt Mendel.

Roman, Benjamin, and Chauncey M. Lapp: Lesions of the central nervous system in canine distemper. (Veränderungen des Zentralnervensystems bei Hundestaupe.) Bull. of the Buffalo gen. hosp. Bd. 3, Nr. 2, S. 40—51. 1925.

Von 27 Hunden, die mit der Diagnose Hundestaupe eingeliefert waren, zeigten 19 die histologischen Erscheinungen einer nicht eitrigen Meningoencephaloleukopoliomyelitis. Der Prozeß ist histologisch nicht spezifisch; zahlreiche andere Encephalomyelitiden bei Mensch und Tieren weisen denselben oder einen ähnlichen Befund auf; auch die Heine-Medinsche Krankheit gehört hierher; doch ist sie durch die besondere Ausprägung phagocytotischer Erscheinungen vor den übrigen ausgezeichnet. Blutungen und Nekrosen wurden von den Verff. bei der Staupe besonders im Rückenmark, Medulla oblongata, Pons und Kleinhirn gefunden. Der Prozeß ist auch sonst ausgesprochen herdförmig, er kann daher bei geringer Ausdehnung und nicht genügend vollständiger Untersuchung der Beobachtung entgehen. Verff. glauben daher, daß in den 10 negativen Fällen — da sie alle in der ersten Zeit zur Untersuchung, die damals noch nicht so sorgsam war, kamen — genauere Durchforschung noch Ergebnisse gezeitigt haben würden. Die Veränderungen des Zentralnervensystems finden sich keineswegs nur bei der nervösen, sondern auch — wenn auch oft weniger ausgeprägt — bei der katarrhalischen und der intestinalen Form. Vielleicht handelte es sich um Tiere, die bei längerem Leben auch noch nervöse Symptome gezeigt haben würden. Diese encephalomyelitischen Prozesse haben nach den Verff. bisher nicht die gebührende Beachtung gefunden. Insbesondere ist bei den Tierexperimenten mit dem B. bronchisepticus, der von Ferry, Mc Gowan, Torrey und Rahe gezüchtet wurde und dessen

Digitized by Google

Übertragung Staupe erzeugen sollte, das Zentralnervensystem der Versuchstiere nicht untersucht worden. Der gleiche Vorbehalt ist nach Verff. gegenüber den Untersuchungen von Gilla sowie von Lewy und Kantrowicz zu machen. Die Arbeit ist verschwenderisch mit Abbildungen ausgestattet. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Trepel: Muskelzuckungen bei einer Kuh. Berlin. tierärztl. Wochenschr. Jg. **41**, Nr. 45, S. 739. 1925.

Bei einer vorher gesunden Kuh stellten sich plötzlich rhythmisch choreatische Zuckungen des Halses und der Vorderbeine ein, die nach ca. 24 Stunden wieder verschwanden, ohne wiederzukehren. *M. Grünthal* (Berlin).

Spezielle Psychiatrie.

Epilepsie, Kinderkrämpfe:

Langeron, M. L.: Les manifestations viscérales de l'épilepsie. Contribution à l'étude du sympathique dans la crise d'épilepsie. (Viscerale Erscheinungen der Epilepsie. Untersuchungen über den Sympathicus im epileptischen Anfall.) (*Clin. méd., fac., univ., Lyon.*) Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. **98**, Nr. 89, S. 1441—1444 u. Nr. 91, S. 1473—1476. 1925.

Langeron bespricht die sympathischen resp. vegetativen Erscheinungen, die beim epileptischen Anfall im Gefäßapparat, im Digestivtrakt, in den Respirationswegen, im Harnapparat usw. zu beobachten sind. Es gibt viscerale Erscheinungen, die auch einen Anfall ersetzen können. Am deutlichsten sind die vegetativen Erscheinungen im Anfall selbst, beginnend mit der den Anfall einleitenden Blässe, dann Änderungen des Blutdrucks und des Pulses, der Blutzusammensetzung usw., Ödem der Larynx und der Lunge (wohl sehr selten), Incontinentia urinae et alvi, Speichelfluß, Temperatursteigerung. Man kann also neben der motorischen und psychischen eine viscerale Epilepsie unterscheiden. L. kommt auf Grund gewisser, freilich etwas vager Untersuchungen zum Schluß, daß der Sympathicus bei den Epileptikern meist in einem abnormen Zustande sich befindet; dazu kommt noch im Anfall selbst eine plötzliche Störung der Funktion des Sympathicus, die die erwähnten Symptome auslöst. Die durch eine cerebrale Hemmung bedingte Vasoconstriction der Hirngefäße dürfte vom Halssympathicus ausgehen. Die Beachtung dieser vegetativen Erscheinungen dürfte auch diagnostische Wichtigkeit und für die allgemeine Pathologie der Epilepsie Bedeutung haben. *E. Redlich* (Wien).

Volland: Über motorische Phänomene bei verblödeten Epileptikern. (*Anst. f. Epilept., Bethel b. Bielefeld.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **98**, H. 5, S. 775—788. 1925.

Interessante Ausführungen über gewisse motorische Erscheinungen bei verblödeten Epileptikern bz. der Stellung und Haltung, die an der Hand der bekannten Ausführungen Foersters besprochen werden unseres Erachtens wieder ein Hinweis für organische Hirnprozesse in solchen Fällen. Volland gibt zunächst die kurzen Krankengeschichten von 10 solchen Fällen. Wichtig in dieser Hinsicht sei nicht die Zahl der Anfälle, sondern die Ausbildung schizophrener oder katatoner psychischer Züge. Auffällig ist vor allem die eigentümliche Kopf- und Rumpfhaltung, die an die Hockerhaltung der Affen oder an die intrauterine Haltung des Kindes erinnert und genauer geschildert wird. Häufig sind auch athetoide Bewegungen der Finger und Zehen. Beim Gehversuch ataktisch-paretische Störungen mit Zehengang und Neigung zur Propulsion. Es besteht Hypotonie, keine deutlichen Pyramidenerscheinungen. Zur Erklärung dieser Erscheinungen zieht V. eine durch den Rindenabbau bedingte Schwächung des Pyramideneinflusses und ein Überwiegen der subcorticalen extrapyramidalen Mechanismen heran. Auch Homburgers Aufstellungen über die Entwickelung der Motorik werden herangezogen. Eigentümlich soll auch die Haltung der Hände beim Gebrauch des Löffels sein. V. setzt in seinen Fällen vor allem Störungen des Frontalhirns neben solchen der motorischen Region voraus (wohl auch der subcorticalen

Digitized by Google

Ganglien selbst. Ref.). Das aufrechte Gehen und Stehen ruft oft Unlustgefühle und Erregung hervor (zu untersuchen wären in solchen Fällen auch die Haltungs- und Stellreflexe). *E. Redlich* (Wien).

Mainzer, Fritz: Über den Chemismus der Auslösung des epileptischen Anfalls durch Überventilation. (*Städt. Krankenh., Altona.*) Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 40, S. 1918. 1925.

Bestätigung des Foersterschen Phänomens der unter Umständen möglichen Auslösbarkeit epileptischer Anfälle durch Hyperventilation. Bei einem Fall von traumatischer Epilepsie gelang es gesetzmäßig, den Anfall auszulösen. Verf. hält die bei der Hyperventilation eintretende Blutdrucksenkung und eine etwa hierdurch hervorgerufene Gehirnanämie, die dem veränderten Blutchemismus zukommt, als für die Anfallsauslösung wichtig. Im Gegensatz zu einer Reihe von Autoren glaubt er, der durch die Hyperventilation eintretenden alkalotischen Verschiebung keine wesentliche Bedeutung zuschreiben zu sollen; die Veränderung im Na- und Ca-Haushalt scheinen ihm auf Grund von Versuchen vor allem an einem Epileptiker nicht wesentlich, da intravenöse Soda- und Calciumchloridinjektionen keinen Anfall im Gegensatz zu einer entsprechenden 10 proz. Kochsalzinjektion hervorzubringen imstande waren. Wesentlich für die Anfallsauslösung scheinen dem Verf. Veränderungen im Chlorhaushalt, die er auf seine Feststellung stützt, daß nach Hyperventilieren der Chlorgehalt im Plasma gegenüber dem gleichbleibenden Befund im Gesamtblut steigt. Noch im Fluß befindliche Nachuntersuchungen der Breslauer Nervenklinik konnten zwar hier und da auch eine Steigerung des Chlorgehalts nach Hyperventilation im Plasma nachweisen. Es wurden aber andererseits bei einem besonders schweren Fall von Epilepsie im Gegensatz zur Annahme des Verf. besonders niedrige Chlorwerte gefunden. Die bisherigen Versuche boten für die vom Verf. angenommene unmittelbare Beteiligung des Chlorhaushalts keinen Anhaltspunkt, vielmehr erscheint dem Ref. eine u. U. reversible Verschiebung der verschiedensten Ionensysteme für die Anfallsauslösung im Sinne einer durch Permeabilitätsstörung hervorgerufenen Reizung von Bedeutung. *F. Georgi* (Breslau).

Božović, V.: Zur neuen operativen Behandlungsmethode der essentiellen Epilepsie. Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. 27, Nr. 10, S. 522—528. 1925. (Serbo-kroatisch.)

Verf. berichtet über 7 Epileptiker, bei denen er beiderseitige periarterielle Sympathektomie (= p. Sy.) an der Carotis communis ausführte.

1. 38jähriger Bauer. Seit dem 15. Lebensjahr täglich mehrere schwere Anfälle. Nach beiderseitiger p. Sy (gleichzeitig wurde auch das linke mittlere Halsganglion entfernt) Cyanose des Gesichtes, beiderseitige Miosis, links Exophthalmus. Cyanose schwindet nach einigen Tagen. Nach der Operation 51 Tage anfallfrei, dann an 2 aufeinanderfolgenden Tagen je ein ganz leichter Anfall ohne Bewußtseinsverlust. Am 80. Tage nach der Operation anfallfrei entlassen. — 2. 28jähriges Mädchen. Seit Jahren 3—4 Anfälle monatlich. 16 Stunden nach der beiderseitigen p. Sy (+ Resektion des linken mittleren Halsganglions in Narkose) Exitus letalis. Status thymo-lymphaticus. — 3. 23jähriger Bursche. Seit der Kindheit 3—4 Anfälle wöchentlich. Beiders. p. Sy. (Lokalanästhesie). 12 Tage nach der Operation anfallfrei entlassen. Die Anfälle kamen auch später nicht wieder. — 4. 32jährige Bäuerin. Seit der Kindheit 15—20 Anfälle monatlich. Linksseitige p. Sy. 37 Tage nach der Operation wieder ein Anfall. Rechtss. p. Sy. 25 Tage nach der 2. Operation anfallfrei entlassen. — 5. 19jähriges Mädchen. Seit Jahren täglich Anfälle. Linksseitige p. Sy. Am 9. Tage nach der Operation ein leichter Anfall. 2 Tage später wieder ein Anfall. Rechtsseitige p. Sy. Am 7. Tage nach der 2. Operation beginnen wieder Anfälle, die sich alle 3—4 Tage wiederholen. — 6. 22jähriger Bursche. Seit der Kindheit täglich Anfälle. Rechtsseitige p. Sy. Am 5. Tage nach der Operation beginnen die Anfälle wieder. — 7. 28jähriger Bauer. Seit Jahren 3—4 Anfälle wöchentlich. Beiderseitige p. Sy. Am 12. Tage nach der Operation anfallfrei entlassen. — Verf. betont den günstigen Einfluß der Operation auf den Seelenzustand der Kranken. Vor der Operation ängstlich, traurig und verstimmt, wurden sie nach der Operation heiter und gesprächig. *A. Serko.*

Progressive Paralyse, syphilitische Geistesstörungen, Trypanosomenkrankheiten:

Ameghino, Arturo: Pathologische Untersuchung eines Falles von Spätparalyse. Rev. de la asoc. méd. argentina (Soc. argentina de neurol. y psiquiatría) Bd. 37, Nr. 231, S. 5—10. 1924. (Spanisch.)

63jähriger Mann mit nach Verlauf und klinischem Symptomenbild typischer Paralyse.

Digitized by Google

Als Spätparalyse vom Verf. vorgestellt; Diagnose von anderer Seite bestritten, zumal anamnestisch nichts von Lues, Serum- usw. Reaktionen negativ, der Kranke ein starker Trinker war. Er starb 12 Tage nach der Vorstellung — fortschreitend verfallend — in einem Anfall von „Hirnkongestion". Die nicht ganz vollständig durchgeführte Untersuchung ergab als wesentlich: Allgemeiner Hirnschwund (Hirn-Gewicht 1320 g, Körpergröße ist nicht angegeben), Leptomeningitis (keine Ependymitis), Atrophie der Stirnhirnpole, Ventrikelerweiterung, in der Hirnrinde unregelmäßige Stellung der Ganglienzellen, die schlecht färbbar, rarefiziert waren, Schwund bzw. Atrophie der Purkinjezellen. Neurogliakernwucherungen, lymphocytäre Infiltration des Subarachnoidealraumes und der Gefäße (Plasmazellen in mäßiger Häufigkeit) — also Befunde, wie sie mehr oder minder allen schleichenden Verblödungen eigen sind. Verf. hält aber an seiner Diagnose „progressive Paralyse" fest, weil makro- und mikroskopisch an den großen und mittleren Gefäßen alle Zeichen einer Arteriosklerose fehlten, ebenso hyaline und degenerative an den Kapillaren (also senile Demenz ausgeschlossen erscheint) und weil der Charakter der Lymphocyten-Infiltration für seine Diagnose (Abbildungen sind beigefügt) spricht. Er meint, daß mit dem hohen Alter des Patienten, der dadurch verringerten Reaktionskraft gegenüber dem syphilitischen Virus das Fehlen der üblichen (Serum-) Reaktionen zu erklären ist. *Pfister* (Berlin-Lichtenrade).

Sierra, Adolfo M.: Objektive Kritik der Klippelschen Schule betreffs der Paralyse. Rev. de la asoc. méd. argentina (Soc. argentina de neurol. y psiquiatria) Bd. **37**, Nr. 234, S. 100—116. 1924. (Spanisch.)

2 Fälle von progressiver Paralyse, in denen die ersten Krankheitserscheinungen kurz nach einem Kopftrauma auftraten, die syphilitische Genese aber durch die positiven Reaktionen im Blut und Liquor gesichert war, dienen dem Verf. zur Widerlegung der Klippelschen Schule, die den Zusammenhang zwischen Lues und Paralyse leugnet, dafür aber eine ganze Anzahl ätiologisch verschiedener Paralyseformen aufstellt. (Beobachtungen wie die des Verf. sind keineswegs neu. Ref.) *Reich* (Breslau).

Stanojević, L.: Die Wirkung des therapeutischen Fiebers auf die Assoziationen der Paralytiker. (Experimentelle pharmako-psycho-pathologische Studie.) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **72**, H. 5, S. 667—673. 1925.

Verf. glaubt im Assoziationsexperiment ein Mittel gefunden zu haben, um bei malaria- und typhusgeimpften Paralytikern den Stand der Besserung objektiv festzustellen. *G. Ewald* (Erlangen).

Warstadt, Arno: Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse. (*Psychiatr. Klin., Univ. Erlangen.*) Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. **27**, Nr. 39, S. 383—386, Nr. 40, S. 395—397, Nr. 41, S. 405—409, Nr. 42, S. 419—423, Nr. 43, 433—436 und Nr. 44, S. 443—448. 1925.

Die Arbeit bringt einen recht fleißig zusammengestellten und kritischen Überblick über die Geschichte der Paralysebehandlung und die verschiedenen Theorien über die Pathogenese der Metalues. An der Erlangenschen Klinik beobachtete Verf. unter Anwendung der Malariatherapie 10% Vollremissionen, wobei er betont, daß die Malariaremissionen gegenüber den spontanen sowohl der Dauer als der Stärke nach zweifellos höher stehen. Die Blutentnahme geschieht in Erlangen möglichst während eines Schüttelfrostes, das Blut wird intravenös oder subcutan (in die Brust) injiziert. Bei intravenöser Applikation Inkubation gewöhnlich um 3—4 Tage verkürzt. Nach 9—12 Anfällen Coupierung durch intravenöse Chininjektionen. Temperatursteigerungen nach der Chininverabreichung sind im allgemeinen ein schlechtes Zeichen, weisen auf Pneumonie o. dgl. hin. Nach einer längeren Pause Sa-Hg-Kur, von der aber gerade in der letzten Zeit abgesehen wurde. Verf. erwähnt u. a. einen Fall, der nach dem Primäraffekte eine Malaria durchgemacht hatte und später an Paralyse erkrankte. Was den Einfluß vorausgegangener spezifischer Therapie betrifft, so gelangt Verf. unter kritischer Würdigung der großen einschlägigen Literatur zu dem Schlusse, daß derzeit weder eine Anklage noch eine Verteidigung der antiluetischen Kur (selbstverständlich nur in Hinsicht auf spätere Metalues) vorgenommen werden könne. Hinsichtlich des Grades der durch die Malariabehandlung erzielten Besserungen wendet sich Verf. gegen eine zu einseitige Überschätzung der serologischen bzw. Liquorbefunde. Das erste Zeichen einer günstigen Einwirkung bildet oft ein Aufblühen in körperlicher Hinsicht; wiederholt sah Verf., daß Kranke, die nicht sofort nach der Behandlung

Digitized by Google

einen körperlichen Aufschwung zeigten, sich späterhin verschlechterten und ad exitum kamen. Der Tod trat nach seinen Erfahrungen überhaupt nur selten während, meist nach der Behandlung ein. Die somatische Besserung war auch in psychisch nicht gebesserten Fällen zu beobachten. Das Verhalten der Pupillenreaktion zeigt gegenüber der Impftherapie eine große Widerstandskraft; auch bezüglich der SR. fand Verf. nur geringe Veränderungen. Eine Beeinflussung der WaR. im Serum sah Verf. nur verhältnismäßig selten und schwer. Während der Behandlung sah Verf. paralytische Anfälle noch recht häufig, ohne ihnen weder nach der guten, noch nach der schlechten Seite eine Bedeutung beizumessen; nach der Behandlung jedoch treten die Anfälle nur noch selten auf und haben anscheinend dann eine prognostisch ungünstige Bedeutung. Am hartnäckigsten widerstehen der Therapie die mangelnde Krankheitseinsicht und ganz besonders die Euphorie. Eine allzu große Engherzigkeit in der Abschätzung der Kontraindikationen hält Verf. nicht am Platze. Die Umwandlung des typisch paralytischen Bildes durch die Malariabehandlung, wie sie vor allem Gerstmann beschrieb, konnte Verf. nicht so häufig wahrnehmen. Die mit Salvarsan nachbehandelten Fälle schienen weniger lang andauernde Remissionen aufzuweisen, als die mit Salvarsan nicht nachbehandelten. Theoretische Erörterungen über die Art der Wirkungsweise der Malaria bei der progressiven Paralyse beschließen die sehr fleißige Studie. Verf. verweist auch auf die Arbeit von Kihn (vgl. dies. Zentrlbl. **40**, 716) aus der Erlangenschen Klinik. *Alexander Pilcz* (Wien).

Wagner v. Jauregg: Malaria- und Recurrensbehandlung der progressiven Paralyse. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. **27**, Nr. 44, S. 448—450. 1925.

Die Frage lautet nicht Malaria oder Recurrens, sondern Malaria und Recurrens, weil eine evtl. notwendige Wiederholung der Kur mit dem gleichen Virus schwierig bzw. unmöglich ist. Zur Entscheidung, ob die Malaria- oder Recurrensbehandlung bessere Resultate liefert, empfiehlt der Autor Serienuntersuchungen großen Stils. Das vorläufige Ergebnis einer solchen Untersuchung in der Klinik des Autors zeigt ein kleines Übergewicht zugunsten der Malariabehandlung. Der größeren Gefährlichkeit der Malariainfektion kann begegnet werden durch eine interkurrente Chiningabe, durch intracutane Impfung und durch Zweiteilung der Kur. Auch bei der Recurrensbehandlung kommen mehr oder weniger vorübergehende Schädigungen des Nervensystems vor. Ein Vorzug der Malariabehandlung ist die Kürze der Fieberperiode und ihre prompte Beeinflussung durch Chinin. Das erstrebenswerte Ziel der Infektionsbehandlung ist die Prophylaxe der Paralyse. *A. Meyer* (Bonn).

Hoche, A.: Die Behandlung der progressiven Paralyse. Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 7, S. 133—135. 1925.

Die theoretische Forderung für das Bestehen einer „Heilung" der Paralyse ist dahin einzuschränken, daß nur keine wirksamen Spirochäten mehr im Organismus sein dürfen. Was an Substrat zugrunde gegangen ist, kann nicht wiederkehren. Ausgleichsfähig sind nur die Giftwirkungen (Bewußtseinstrübungen, Stimmungsschwankungen, Affekte, Erregungen, Anfälle, zum Teil sicher auch Wahnbildungen und Sinnestäuschungen). Es empfiehlt sich, mehr von Stillstand als von Heilung der Erkrankung zu sprechen. Fehlerquellen in der Beurteilung des Heilerfolges sind zu großer Enthusiasmus seitens des Untersuchers, dann aber besonders der Wechsel im Verlauf auch der unbehandelten Paralyse. Die bisherige Chemotherapie hat versagt; die Malaria- und Recurrenstherapie verspricht mehr. Als Kautelen sind zu beachten: 1. daß die Diagnose sicher ist, 2. daß die Angehörigen einverstanden sind und 3. daß die Malaria sich nicht verbreiten kann. Die Recurrenstherapie scheint die einfachere Methode. Auch der therapeutische Skeptiker ist heute nicht nur berechtigt, sondern sogar verpflichtet, diese Behandlungsmethoden anzuwenden. *G. Ewald* (Erlangen).

Scarpini, Vincenzo, e Giulio C. Befani: La cura della paralisi progressiva con l'inoculazione della malaria. (Die Behandlung der progressiven Paralyse mit Malaria-

Digitized by Google

impfung.) (*Osp. psichiatr. di S. Niccolò, Siena.*) Rass. di studi psichiatr. Bd. 14, H. 5, S. 531—545. 1925.

Die Versuche waren Frühjahr 1924 begonnen worden. Impfung meist subcutan, nur in 2 Fällen intravenös. Blut während Fieberanfalles entnommen. Inkubationszeit 12—20 Tage; meist vor erstem typischen Anfall schon kleine Temperatursteigerungen. Meist tertianer, in einem Falle bei intravenöser Impfung quotidianer Typus. In einigen Fällen spontanes Zessieren der Fieberanfälle, zumeist leichtes, restloses Koupieren der Impfmalaria. Verff. betonen die Gutartigkeit der Impfmalaria gegenüber der durch Anophelesinfektion hervorgerufenen und erwähnen auch die bekannten Experimente von Barzilai-Kauders. Es folgen nun kurze, aber erschöpfende Krankheitsgeschichten von sieben so behandelten Paralytikern. Beobachtungsdauer durchschnittlich über 1 Jahr. Drei wesentliche Remissionen, 2 Fälle wurden stationär, 2 Todesfälle, einer unter progressivem somatischen Verfall nach Fieberperiode, einer etwa 4 Monate später an Pneumonie. Die Umwandlung des Krankheitsbildes in ein paranoid-halluzinatorisches, wie es Gerstmann beschrieb — Verff. nennen übrigens diesen Autor „Gestermann" —, haben Verff. nicht beobachtet. In 5 Fällen aus dem Material von Prof. D'Antona blieben 2 unverändert (bei einem derselben spontanes Zessieren der Malariaanfälle); ein Fall starb nach etwa 1jähriger Vollremission mit Wiedererlangung der Berufsfähigkeit in einem apoplektiformen Insulte mit Hyperpyrexie bei tiefer Demenz. 2 Fälle sind etwa 1 Jahr vollkommen stationär, wovon einer vor der Behandlung schon schweren Intelligenzverfall und Blasenlähmung mit septischer Cystitis gezeigt hatte; im Anschluß an dieses septische Fieber bedeutende Remission durch viele Monate hindurch; Malariakur etwa 1 Jahr später. Verff. erörtern in den epikritischen Bemerkungen u. a. auch die Frage der Möglichkeit von zufälligen Spontanremissionen und schließen letztere bei den Erfolgen der Malariakur aus. Interessant sind Beobachtungen von D'Ormea, wonach in besonders malariaverseuchten Gegenden, wie in der toskanesischen Maremma und in Gallura (Sardinien) die progressive Paralyse unverhältnismäßig selten sei. Verff. besprechen die verschiedenen Hypothesen zur Erklärung des Einflusses der fieberhaften Infektionskrankheit auf den paralytischen Prozeß, ebenso die Wirkungsweise der Kombination mit spezifischen Mitteln; auch die Malaria an sich wirke günstig ein, nicht nur in dem Sinne, daß sie die Wirkung der spezifischen Kuren erleichtert. Gerade z. B. in obs. 3 der eigenen Fälle (wesentliche Remission) wurde die Neosalvarsankur wegen Widerstrebens des Patienten vorzeitig abgebrochen, so daß hier zweifellos der günstige Erfolg nur der Malariabehandlung an sich zugesprochen werden mußte. Verff. betonen ferner die Ungefährlichkeit des Verfahrens; auch eine Auslösung oder Häufung von epileptiformen Anfällen haben Verff. nicht gesehen. *Alexander Pilcz* (Wien).

Pastrovich: La malarioterapia della paralisi progressiva. (Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse.) (*Osp. psichiatr. prov., Trieste.*) Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **46**, Nr. 43, S. 1009—1012. 1925.

91 Fälle. Die Resultate decken sich mit denjenigen der meisten Autoren. 23% Heilungen, 23% gute Remissionen, 15,8% partielle Remissionen, 22% unverändert, 8,9% Todesfälle. Eine Kontraindikation bieten u. a. die anfallsreichen und epileptoiden Formen. Verf. findet, daß Wiederholungen der Kur mißlingen. Trotz der Anofelesplage in der Triestiner Anstalt kein Fall von Infektion der Umgebung so, daß Verf. alle Vorsichtsmaßregeln (auch bezüglich der Jahreszeit) für überflüssig hält. *Wilder.*

Nonne, M.: Bemerkungen zur Infektionstherapie der progressiven Paralyse. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **94**, H. 4, S. 507—511. 1925.

Verf. berichtet in kurzer kritischer Weise über seine Erfahrungen mit der Impfbehandlung der Malaria; die Resultate sind immerhin so günstig, daß man sagen muß, die Methode der Wahl für die Paralysebehandlung sei heute die Behandlung mit einer Infektionskrankheit, der sich eine spezifisch-antisyphilitische Therapie (bei Verf. Quecksilber oder Wismut) anzuschließen hat. *G. Ewald* (Erlangen).

Digitized by Google

Marie, A.: Traitement de la paralysie générale par le paludisme. (Die Behandlung der Paralyse mit Malaria.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 41, Nr. 21, S. 898—899. 1925.

Nach Ansicht des Verf. könne man durch eine Fiebertherapie eine Paralyse zwar nicht heilen, wohl aber stationär machen, und zwar um so besser, je früher die Behandlung einsetzt. Er meint, daß durch eine derartige Therapie Remissionen 3 mal so häufig eintreten als spontan. *Jahnel* (München).

Yorke, Warrington: Further observations on malaria made during treatment of general paralysis. (Weitere Beobachtungen über die Malaria bei der Behandlung der progressiven Paralyse.) Transact. of the roy. soc. of trop. med. a. hyg. Bd. 19, Nr. 3, S. 108—130. 1925.

Aus der an praktischen Forschungsergebnissen und theoretischen Betrachtungen reichen Arbeit, die im wesentlichen den Biologen interessiert, seien nur einige Punkte herausgegriffen. Bei Behandlung der experimentell erzeugten Malaria tertiana genügte im allgemeinen eine 3tägige Gabe von je 2 g Chinin, um Heilung herbeizuführen. Allerdings war der Prozentsatz der Rezidive während einer Beobachtungszeit von 1—2 Jahren bei den durch Moskitostich erzeugten 37 Fällen relativ hoch (57%), während er bei den mit virulentem Blut Geimpften über 100 Fällen nur 2% betrug. Doch traten auch bei den erstgenannten Erkrankungen die Rezidive meist auffallend spät auf (bis zu 235 Tagen!) und heilten spontan oder durch nochmalige Dreitagekur prompt aus. Verf. ist der Ansicht, daß für die verschiedene Wirksamkeit des Chinins allein die verschiedene Widerstandsfähigkeit der Patienten verantwortlich zu machen ist. Er erklärt die relativ blanden Erkrankungen des Anstaltsmaterials gegenüber den spontan auftretenden Malariafällen damit, daß die Fälle der allgemeinen Praxis meist später in die Behandlung zu kommen pflegen. Trotz 41 Passagen bei Impfung von Mensch zu Mensch mit virulentem Blut konnte Verf. keine Änderung in der Wirksamkeit und der Morphologie der Parasiten feststellen. Es gelang noch nach der 41. Passage Anopheles zu infizieren. Verf. stellt die Hypothese auf, daß das Chinin allein nicht die Parasiten zu vernichten vermag, sondern daß es durch Anregung des Gewebes zur Bildung von Antikörpern wirkt. Er erklärt dadurch die relative Unabhängigkeit des Behandlungserfolges von der Größe der Chinindosen und der Dauer der Behandlung. Er ist sogar der Ansicht, daß eine zu heroische Kur die Bildung von Antikörpern verhindert, und ist Gegner prophylaktischer Chiningaben. — Es sei noch hervorgehoben, daß das Material sich nicht nur aus Paralytikern, sondern auch aus Fällen von multipler Sklerose und Dementia praecox zusammensetzt. *H. Delbrück* (Göttingen).

Plaut, F., und G. Steiner: Die Recurrenstherapie der syphilogenen Nervenkrankheiten. (*Kaiser Wilhelm-Inst., München, u. Psychiatr. Klin., Univ. Heidelberg.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 94, H. 1, S. 153—184. 1924.

Ausführlicher Bericht unter Beigabe von Krankengeschichten über die ersten 76 mit Recurrens behandelten Paralysen und 7 Tabesfälle (1919—1922). Bisherige Remissionsdauer in 1 Fall 4—5 Jahre, in 15 Fällen 2—3 Jahre, in 5 Fällen 1—2 Jahre und in 5 Fällen $^3/_4$—1 Jahr. 34,2% waren sehr gute Remissionen; auch die Tabiker zeigten größtenteils eindeutige Besserung besonders hinsichtlich lanzinierender Schmerzen und Ataxie. Eine große Zahl Paralytiker blieb stationär. Als sehr gute Remissionen wurden sozial wieder geordnete und berufsfähige Kranke bezeichnet, bei denen allerdings der Psychiater doch immer noch leichte psychische Veränderungen (Stimmungslabilität, Reizbarkeit, Hypochondrie, Merkschwäche) bemerkte; sie waren für den Laien allenfalls „nervös". Zweifellos findet man unter den recurrensbehandelten Paralytikern mehr und bessere Remissionen als früher, auch wenn man mit einem relativ höheren Prozentsatz von Spontanremissionen gegenüber früherer Zeit rechnet. Wesentlich ist, daß je kürzer die Paralyse bei Behandlungsbeginn besteht, desto besser die Erfolge sind. Zuweilen beobachtete Recurrensrezidive sind harmlose Zwischenfälle.

Digitized by Google

Mit Eindringen der Spirillen in den Liquor kommt es zu einer meningealen Reizung mit gewaltiger Zellvermehrung im Liquor, die dann langsam zurückgeht und meist unter den Anfangswert herabsinkt. Die WaR. kann in Blut und Liquor negativ werden, was prognostisch günstig ist. Sie gehen aber nicht miteinander parallel. Auch Fälle mit noch positivem Blut oder Liquor können gut remittieren; doch bleibt dies für die Dauer der Remission bedenklich. Der Gesamteiweißgehalt steigt im Stadium der meningealen Reizung mit dem Zellwert hoch an und pflegt dann bis unter den Ausgangswert zu sinken. Die Globulinreaktion ist sehr hartnäckig. Es folgen technische Anweisungen. Meist wird das Mäuseblut subcutan gegeben. Inkubationszeit 5—7 Tage, nicht unter 3, nicht über 14 Tage. Im Durchschnitt 3—4 (2—9) Fieberanfälle von wechselnder Höhe, bald einige Tage wenig über 38°, bald in kurzem Anstieg 40—41°, meist unter remittierendem Verlauf. Fieberfreie Intervalle wechseln zwischen wenigen Tagen und einer Dauer von 3—4 Wochen. Kontraindikation ist nur direkte Herzinsuffizienz. Der Verlauf ist meist ein sehr gutartiger, die Infektion läuft sich tot. Muß man ja einmal unterbrechen, so geschieht dies mit Omnadin, nicht mit Salvarsan, das aber in der Nachbehandlung als Roborans verwandt werden kann. Verff. ziehen die Recurrensinfektion als minder gefährlich für den Kranken und bequemer für den Arzt in Anbetracht der ebenso günstigen Resultate der Malariabehandlung noch vor.

G. Ewald (Erlangen).

Böhmig, Wolfgang: Über die Fieberbehandlung der progressiven Paralyse durch Milchinjektionen. (*Univ.-Nervenklin., Halle a. S.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **71**, H. 5, S. 701—708. 1924.

Verf. konnte mit der Milchfieberbehandlung bei der Paralyse keine ermutigenden Resultate erzielen. Unter 10 Fällen 3 vorübergehende Shockwirkungen und ein Exitus. Nur 3 Fälle werden gebessert entlassen. *G. Ewald* (Erlangen).

Wulfften Palthe, P. M. van: Die Tryparsamid-Behandlung bei Tabes und Dementia paralytica. (*Psychiatr.-neurol. Univ.-Klin., Utrecht.*) Neurotherapie. Bijblad d. psychiatr. en neurol. bladen Jg. **1925**, Nr. 5, S. 95—100. 1925. (Holländisch.)

Das Tryparsamid, hergekommen von dem „Rockefeller Institute for Medical Research" ist das Na-Salz der N-Phenyl-glycinamido-p-arsenigsäure (vgl. hierüber auch dies. Zentrbl. **41**, 105). Nach amerikanischen Untersuchungen ist es wirksamer gegen Neurosyphilis als jedes andere Medikament. Kontraindikationen sollen nicht bestehen. Ganz selten wurde eine degenerative Wirkung auf der Netzhaut wahrgenommen. Mit diesem Mittel wurden in der Utrechter Klinik 8 Fälle von Dementia paralytica, 2 Tabes und 4 Taboparalyse behandelt. Man gibt es wie Neosalvarsan: während 6—7 Wochen ward wöchentlich 2—3 g, gelöst in destilliertem, sterilisiertem Wasser, intravenös eingespritzt. Einmal entstand eine unbedeutende konzentrische Gesichtsfeldeinengung, welche bald verschwand, als die Kur beendet wurde. Ein Patient, der in einem weit vorgeschrittenen Stadium der Paralyse war, bekam 2 Tage nach der ersten Injektion einen paralytischen Insult, woran er bald starb. Übrigens wurden keine unangenehmen Beiwirkungen konstatiert. Tryparsamid gibt keine schmerzhaften Infiltrate, wenn etwas in das Unterhautgewebe kommt. Durch die Kur trat besonders Besserung in dem körperlichen Zustand ein: das Körpergewicht nahm zu, die Kranken fühlten sich kräftiger, Lauf-, Schreib- und Sprachstörungen verbesserten sich sehr. Psychisch trat nur eine geringe Besserung ein. Allein in 2 Fällen traten völlige oder beinahe völlige Remissionen auf, und konnten die Kranken, die beide ein verantwortliches Amt bekleideten, ihre Arbeit, die sie aufgeben mußten, wiederaufnehmen. Die Reaktionen im Blut und Liquor zeigten auch manchmal erhebliche Besserung. In Prozenten ausgedrückt: 14% völlige Remission oder bedeutende Besserung, 42% Besserung, 21% stationär, 14% Verschlimmerung, 7% Mortalität. Ich möchte bemerken, daß diese Resultate viel besser sind als diejenigen, welche mitgeteilt sind durch Claude und Targewla (vgl. dies. Zentrbl. **41**, 664). *S. T. Heidema.*

Digitized by Google

Pfeifer, B.: Zur Chemotherapie der progressiven Paralyse. (*Landesheilanst., Nietleben b. Halle a. S.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 5, S. 174—176. 1925.

Verf. hat 12 Paralytiker mit dem von Halberstat empfohlenen Präparat „Albert 102" behandelt. Die Resultate schienen den Ergebnissen mit Silbersalvarsan mindestens gleichwertig. Er empfiehlt das Präparat zur Kombination mit der Malariatherapie. *G. Ewald* (Erlangen).

Forensische Psychiatrie.

Potts, W. A.: Delinquency. (Kriminalität.) (*Tavistock clin., Birmingham.*) Journ. of mental science Bd. **71**, Nr. 295, S. 675—683. 1925.

Verf. erörtert unter Beibringung von kurz mitgeteilter Kasuistik Psychologie und Psychopathologie bei Kriminellen, betont die Notwendigkeit psychiatrischer Expertise in allen zweifelhaften Fällen, auch die Bedeutung somatischer Untersuchung. Der Aufsatz ist eigentlich mehr für den Juristen als für den Fachmann wichtig, dem er nichts wesentlich Neues bringt. Bemerkenswert ist, daß Verf. einen reinen Fall von „moralischem Schwachsinn" nie gesehen hat; stets war in seinen Fällen auch ein intellektueller Defektzustand nachweisbar oder eine Psychose s. str., wie postencephalitische Zustände, oder psychologisch determinierte Verwahrlosung. *Alexander Pilcz.*

Gerlach, Fr.: Verminderte Zurechnungsfähigkeit. Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. **6**, H. 4, S. 400—417. 1925.

Das alte Strafgesetzbuch kennt nur bei 62 unter 239 Arten von Verbrechen und Vergehen Milderungsgründe. Bei Mord und Meineid z. B. sind sie nicht vorgesehen. Eine Milderung durch verminderte Zurechnungsfähigkeit kann dann überhaupt nicht berücksichtigt werden. Auch der bisherige Strafvollzug war nicht auf Psychopathen zugeschnitten. Sie konnten über die Dauer ihrer Freiheitsstrafe hinaus nicht unschädlich gemacht werden. Dagegen ist in dem neuen amtlichen Entwurfe des Strafgesetzbuches die geistig abnorme Persönlichkeit des vermindert Zurechnungsfähigen durch Milderung der Strafe und Sonderstellung im Strafvollzuge ausdrücklich anerkannt. Ein Erlaß des Reichsjustizministers, der als Vorläufer eines neuen Strafvollzugsgesetzes angesprochen werden darf, bestimmt, daß Gefangene, die nach dem Gutachten des Gefängnisarztes geistig zu minderwertig für den regelmäßigen Strafvollzug sind, in besondere Abteilungen untergebracht werden sollen. Nicht nur bei Unzurechnungsfähigen, sondern auch bei vermindert Zurechnungsfähigen erhält das Gericht die Möglichkeit, Unterbringung in einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt anzuordnen. Es wäre zweckmäßig, wenn solche Anordnung noch nachträglich erfolgen könnte bei Individuen, deren Minderwertigkeit erst im Strafvollzuge hervortritt. Die Entlassung wird von der Zustimmung des Richters abhängig gemacht. Leider bleibt das Bedenken, daß die Verwahrung zahlreicher antisozialer Elemente mit der modernen freien Behandlung von Geisteskranken sich unvereinbar erweisen wird. Ohne Schaffung besonderer Adnexe an den psychiatrischen Anstalten wird es kaum abgehen. Das Gericht darf von der vorgesehenen Strafvollstreckung vor der Einweisung in die Heil- und Pflegeanstalt absehen. Die Entlassung hat in der Regel nur auf Probe zu geschehen. Das ist im Interesse des Minderwertigen zu begrüßen, der sich eher halten wird, wenn ihm sonst nachträgliche Vollstreckung einer Freiheitsstrafe droht. Es fehlt jedoch die im Schweizerischen Entwurfe erhobene Forderung nach ärztlichen Gutachten bei Aufnahme und Entlassung. Alles in allem ist ein „guter Anfang" der seit Jahren ersehnten Reform im deutschen Entwurf zu erblicken. *Raecke* (Frankfurt a. M.).

Michel, Rudolf: Verbrechensursachen und Verbrechensmotive. (*Univ.-Inst. f. gerichtl. Med., Graz.*) Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform Jg. **16**, H. 8/10, S. 249—278. 1925.

Verf. beabsichtigt mit seiner Arbeit an der Hand eines großen Verbrechermaterials, das er in der Grazer Männerstrafanstalt untersuchen konnte, nachzuprüfen, inwie-

Digitized by Google

fern die von anderen Seiten über Verbrechensursachen und Verbrechensmotive gemachten Angaben eine Bestätigung finden. Er hat 355 Schwerverbrecher ärztlich und kriminalistisch untersucht; durchweg hatten sie eine mehr als einjährige Kerkerstrafe zu verbüßen. Von ihnen sind 266 Zustandsverbrecher und 89 akutkriminelle, d. h. erstkriminelle Vorbedachtsverbrecher und Augenblicksverbrecher. Die interessanten Ergebnisse über die Verbrechensursachen können wegen Platzmangels in einem Referat nicht wiedergegeben werden und mögen im Original nachgelesen werden. Viel schwieriger ist die Feststellung des Verbrechensmotivs im Einzelfall, nicht nur wegen der Unglaubwürdigkeit der Untersuchten, sondern vor allem, weil der Motivbegriff nicht scharf zu definieren ist. Verf. legt seinen Untersuchungen die von von Liszt entworfenen Motivtafeln zugrunde und ist sich der Gefahr, die jedes Schema gerade hier mit sich bringt, durchaus bewußt. Bei 37 Zustandsverbrechern war das Bewußtsein, durch die Straftat in fremde Rechtsgüter einzugreifen, herabgesetzt. 55mal handelt es sich um ein Notverbrechen; in 123 Fällen lag der Tat Eigennutz oder Gewinnsucht zugrunde. Er ist der festen Überzeugung, daß bei entlassenen Sträflingen das Motiv zum Rückfallverbrechen oft wirklich wirtschaftlicher Notstand ist. Bei den akut Kriminellen überwiegen die Affektverbrechen und hier besonders die aus Rachsucht begangenen; ferner spielt als Motiv eine große Rolle geschlechtliche Sinnlichkeit. Verbrechen aus Leichtsinn und jugendlicher Unerfahrenheit überwiegen naturgemäß bei akutkriminellen. Verf. schließt seine lesenswerten Ausführungen mit dem berechtigten Hinweis darauf, daß der Jurist vor allem auch die Ursachen und Motive der Verbrechen bei der Beurteilung der Straftat zu berücksichtigen hat.

Schultze (Göttingen).

Berka, Fr.: Hypnose und Verbrechen. Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 43, S. 1537—1540. 1925. (Tschechisch.)

Bericht über den Fall eines 17jährigen Kellners, der, wegen Diebstahls von 1500 K. angeklagt, behauptete, die Tat sei ihm in der Hypnose von einem anderen befohlen worden. Da sich die untersuchenden Ärzte nicht darüber einigen konnten, ob es sich tatsächlich um Hypnose resp. um posthypnotische Suggestion gehandelt habe, wurde das Urteil der Fakultät eingeholt. Verf. weist in seinem Gutachten darauf hin, daß der Beschuldigte nach seiner eigenen Angabe von einem Manne hypnotisiert worden sei, den er früher nie gesehen habe und der hinter seinem Rücken gestanden sei. Da zu der Hypnose ein gegenseitiger Kontakt und der eigene Wille zur Mitarbeit gehört, schließt der Autor die Möglichkeit einer Fremdhypnose aus. Er weist auch darauf hin, daß es nach unseren Erfahrungen nicht möglich sei, einem Individuum in der Hypnose den Impuls zu einer Handlung zu suggerieren, die dessen sittlichen Anschauungen widerstrebt. Es handle sich also in dem erörterten Fall entweder um eine einfache Ausrede oder um eine Autohypnose. Die letztere Möglichkeit ist nicht ganz zu widerlegen, doch besteht in diesem Zustand, der aus eigenen Antrieben erfolgt, volle Zurechnungsfähigkeit. Auch die Frage, ob der im Zustand der Autohypnose Befindliche sekundär von einem anderen für seine Zwecke ausgebeutet worden sei, wird vom Autor verneint. Verf. kommt auf Grund der angeführten Erwägungen zu dem Schluß, daß es sich bei dem Angeklagten nicht um Unzurechnungsfähigkeit gehandelt habe. Das Gericht verurteilte den Angeklagten, der die Strafe auch annahm. *Hans Zweig* (Brünn).

Egloffstein, Leo von: Zeugenaussage und Trunk. Eine Untersuchung zur gerichtlichen Seelenkunde. Alkoholfrage Jg. **21**, H. 5, S. 277—282. 1925.

Der Hauptfeind zuverlässiger Zeugenaussagen ist der Trunk. Durch ihn wird schon die sinnliche Wahrnehmung an sich abgestumpft, noch mehr die Schlüsse, Schätzungen und Vergleiche beeinträchtigt, welche das unbefangene Überlegen erfordert. Die Selbstprüfung tritt unter seinem Einfluß zurück. Wünsche, Vorurteile und Affekte drängen sich vor. Die Suggestibilität wird gesteigert, das Gedächtnis geschwächt. Einzelerlebnisse werden vermengt, prahlerische Ausschmückung gefördert. Gerüchtsbildungen gedeihen üppig im Wirtshause, und hier erfolgt auch häufig die Verleitung zum Meineide. Sehr gefährlich sind Angetrunkene als Anzeiger. Aus Gerichtsgebäuden sollte jede Gelegenheit zum Trunke verbannt werden. Eine künftige Gerichtsordnung sollte es dem Richter überlassen, ob er den Eid eines Zeugen für unerläßlich hält oder nicht. *Raecke* (Frankfurt a. M.).

Gleispach, W.: Über die Schuld nach dem Entwurf eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzentwurfes. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform Jg. **16**, H. 8/10, S. 225—235. 1925.

Von Interesse für die Leser dieser Zeitschrift sind die freilich nur sehr kurzen

Digitized by Google

Erörterungen zur Frage der Zurechnungsfähigkeit. Sie ist nicht Schuldbestandteil, sondern Schuldvoraussetzung; daher sollte die Bestimmung über die Zurechnungsfähigkeit wie in dem österreichischen Entwurf vor der Vorschrift über Schuldhaftung stehen. Gleispach stimmt der Fassung des Amtlichen Entwurfs über die Zurechnungsfähigkeit zu. Auch er bedauert die obligatorische Strafmilderung bei verminderter Zurechnungsfähigkeit. *Schultze* (Göttingen).

Forcher, Hugo: Die Diebstahlskriminalität in Wien im Jahre 1923. Eine kriminalpolitische Studie auf Grund methodisch verdichteter Massenerscheinungen. Arch. f. Kriminol. Bd. 77, H. 4, S. 269—280. 1925.

Prinzipielle und methodologische Bemerkungen zur Theorie der Massenbeobachtung. Ein zweiter Artikel soll einige Hauptergebnisse der Diebstahlskriminalität in Wien im Jahre 1923 veröffentlichen. *Schultze* (Göttingen).

Friedländer, A. A.: Der Fall Angerstein und das psychanalytische Gutachten von Prof. Herbertz. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 98, H. 5, S. 659—670. 1925.

Die Auffassung des Verf. über die Psychologie des Massenmörders Angerstein ist folgende: Erst Depression über Siechtum der Frau, verschlechterte materielle Lage, zur höchsten Spannung gesteigert durch drohende Entdeckung seiner Unterschlagungen und dadurch Vernichtung seiner bürgerlichen und moralischen Existenz. Daraus entsprungen Lebensüberdruß und Neigung zu Selbstmord. Anschließend Gedanke, die Frau in den Tod mitzunehmen (Liebe und latenter Haß dabei vielleicht gleichzeitig am Werke). Mit Abschlachtung der Frau Hereinbrechen eines besinnungs- und hemmungslosen Zustandes, in dem die übrigen drohenden Mitwisser getötet werden. Dann „Erwachen" mit Angst vor drohender Vergeltung und wieder Übergang in besinnlich zweckvolles Handeln, Selbsterhaltungstrieb: Fiktion des Raubüberfalls. — Verf. warnt mit Recht ernstlich davor, ungenügend fundierte psychoanalytische Vermutungen und Begriffe, wie „Kannibalismus", „Urmenschentum", in die forensische Praxis hereinzuziehen. *Kretschmer* (Tübingen).

Slawson, John: Psychoneurotic responses of delinquent boys. (Psychoneurotische Reaktionen krimineller Knaben.) Journ. of abnorm. a. soc. psychol. Bd. 20, Nr. 3, S. 261—281. 1925.

Emotionelle Haltlosigkeit ist eine wesentliche Eigenschaft von Kindern mit kriminellen Neigungen. Die bisherigen Untersuchungsmethoden sind jedoch zu subjektiv, es besteht ein Bedürfnis nach einer objektiven Methode, mit deren Hilfe quantitative Resultate gefunden werden können. Verf. verwandte deswegen den von Woodworth 1918 angegebenen und von Mathews 1923 modifizierten Fragebogen, der aus 70 Fragen besteht, auf welche mit „Ja" oder „Nein" zu antworten ist. Es ergab sich, daß deliquente Knaben eine starke Neigung zu krankhaften Depressionen zeigen, einen häufig auftretenden Drang zum Fortlaufen, keine besondere Tendenz sich von anderen abzusondern, nicht besonders häufig an Schlafstörungen oder abnormen Traumzuständen leiden. Nicht selten sind dagegen Wutzustände, Verfolgungsideen, stark entwickelte Phantasievorstellungen, starke kleptomanische Impulse, eine Freude daran, anderen weh zu tun oder Dinge zu zerstören usw. An der Hand des Fragebogens können die herrschenden Neigungen zahlenmäßig zum Ausdruck gebracht werden und mit dem Ergebnis bei anderen Kindern verglichen werden. *Campbell* (Dresden).

Tullio, B. di: L'emozionabilità nei delinquenti minorenni. (Die gemütliche Erregbarkeit der jugendlichen Rechtsbrecher.) (*Serv. di antropol. criminale, carceri giudiziarie, Roma.*) Zacchia Jg. 2, Nr. 6, S. 174—187, 1923, u. Jg. 3, Nr. 3/4, S. 77—94. 1924.

Tullio untersuchte 36 jugendliche Gefangene (16—18 Jahre alt) auf ihre Erregbarkeit, und zwar prüfte er die Wirkung des elektrischen Reizes der Hautnerven in bezug auf Puls- und Atembeschleunigung, stellte die allgemeine gemütliche Veranlagung fest, sowie das Verhalten im Gefängnis. Er teilt die Untersuchten in 4 Gruppen ein, wobei er mit Gruppe I die Unerregbaren bezeichnet, die körperlich auf Reize nicht reagieren und auch in ihrem sonstigen Verhalten zu den Indifferenten, Apathischen zu rechnen sind. Zur Gruppe IV gehören die Übererregbaren (bei elektrischer Reizung entstanden Pulsbeschleunigung von 20—40 Schlägen und andere vasomotorische Erscheinungen). Zur Gruppe II gehören die wenig, zur Gruppe III die normal Erregbaren.

Digitized by Google

Unter den 36 Gefangenen konnte man 8 (22%) zur Gruppe I, 18 (50%) zur Gruppe II, 6 (17%) zur Gruppe III, 4 (11%) zur Gruppe IV rechnen. Die Jugendlichen mit fehlender oder herabgesetzter Erregbarkeit überwogen an Zahl, zeigten sämtlich schwere körperliche und seelische Abweichungen von der Norm. Bei ihnen bestand auch eine moralische Anästhesie, es fehlten alle höheren ethischen Gefühle, es überwiegt die Neigung zum Begehen von Eigentumsdelikten, sie gehören zum Typ des geborenen Verbrechers, des späteren Gewohnheitsverbrechers und sind so gut wie unerziehbar. Die Übererregbaren werden dagegen nur bei bestimmten äußeren Anlässen zum Rechtsbrecher, ihnen fehlen nicht höhere und bessere Gefühle, sie sind erziehbar. Von den untersuchten Übererregbaren waren neben Eigentumsvergehen auch schwere Affekthandlungen begangen worden. Die Feststellung der gemütlichen Erregbarkeit ist daher für die richtige Beurteilung der Verantwortlichkeit und Erziehbarkeit, sowie der Gefährlichkeit des jugendlichen Rechtsbrechers wichtig. *G. Strassmann* (Breslau).°°

Das Konstitutionsproblem, Erblichkeits- und Rassenforschung.

Henckel, K. O.: Konstitutionstypen und europäische Rassen. (*Anat. Inst., Univ. Freiburg i. Br.*) Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 45, S. 2145—2148. 1925.

Um die Frage der Beziehungen zwischen den Kretschmerschen Körperbautypen und den bekannten Rassetypen zu klären, hat Verf. Untersuchungen an einer Bevölkerung vorgenommen, die vorwiegend aus Angehörigen einer einzigen und im wesentlichen unvermischten Rasse besteht. Diese Bedingung war in gewissen Gegenden Schwedens gegeben. Verf. untersuchte nun 350 männliche Schizophrene aus solchen Landschaften, die den nordischen Merkmalskomplex in der größten Häufigkeit aufweisen. Diesen wurden 49 männliche Zirkuläre aus allen schwedischen Provinzen gegenübergestellt. Die Kretschmerschen Körperbauformen fanden sich ebenso wie hier zu Lande. Es kamen sogar Pykniker vor mit allen wesentlichen Eigenschaften der nordischen Rasse, die keins der konstitutionellen, für den pyknischen Habitus charakteristischen Merkmale vermissen ließen. Die Verteilung der Konstitutionstypen auf die Krankheitsgruppen ist annähernd die gleiche als bei uns (Henckel: Oberbayern); Überwiegen der leptosom-muskulär-dysplastischen Gruppe unter den Schizophrenen — Vorwiegen der Pykniker und Fehlen der Dysplastiker bei den Zirkulären. Man kann heute schon sagen, daß die Kretschmerschen Körperbauformen unter allen großen europäischen Rassen vorhanden sind. Konstitutions- und Rassetypen fallen keineswegs zusammen. Eine besondere Disposition der nordischen Rasse zur Schizophrenie, wie sie manchmal angenommen wurde, besteht nicht. *H. Hoffmann* (Tübingen).

● **Gaupp, Robert: Die Unfruchtbarmachung geistig und sittlich Kranker und Minderwertiger.** Berlin: Julius Springer 1925. 43 S. G.-M. 2.70.

Die Abhandlung gibt in erweiterter Form das Referat wieder, das Verf. auf der Kasseler Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie 1925 über dieses aktuelle, viel umstrittene und leider vielfach von unberufener Seite mit unzulänglicher Erfahrung und Einsicht bearbeitete Thema gegeben hat. Kann so bezüglich des Inhalts auf die an anderer Stelle bereits erfolgte Wiedergabe des Vortrags verwiesen werden (vgl. den Sitzungsbericht dies. Zentrlbl. 42, 330), so bringt doch erst die Lektüre der Schrift selbst den Geist, aus dem die Gedanken herausgearbeitet sind, zur rechten Geltung. Umfassende Kenntnis der historischen Entwickelung des ganzen Problemenkomplexes und der zugehörigen Literatur, voller Überblick über das in Betracht kommende Tatsachen- und Erfahrungsmaterial, vertiefte Einsicht in die wissenschaftlichen Grundlagen, die erbbiologischen und psychopathologischen Unterlagen und Voraussetzungen vereinigen sich mit klarem Verständnis für die gegenwärtige Rechtslage wie für die modernen Forderungen des Gemeinschaftslebens und der Eugenik und führen zu einer Darstellung, die zugleich von humaner Gesinnung und sozialem Verantwortungsgefühl

Digitized by Google

wie von kritisch-sachlicher Abwägung alles Für und Wider getragen ist. So wird an dieser Schrift trotz ihres geringen Umfanges niemand vorübergehen können, der sich theoretisch oder praktisch mit diesem heiklen Fragenkomplex beschäftigt, und so mancher wird erst durch innere Auseinandersetzung mit den dort dargebotenen Anschauungen und Vorschlägen zur vollen Klarheit über den vielgestaltigen Problemenkreis gelangen. *Birnbaum* (Herzberge).

Marcuse, Julian: Die Unfruchtbarmachung Minderwertiger. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. u. soz. Hyg. Jg. 38, Nr. 10, S. 441—445. 1925.

Seit 1907 hatten 14 nordamerikanische Staaten Gesetze zur Verhütung der Fortpflanzung degenerierter und ethisch defekter Gesellschaftsglieder erlassen. In 5 Staaten ist aber das betreffende Gesetz bereits wieder als verfassungswidrig zurückgezogen worden. Im ganzen sind in der Zeit von 1907—1921 nur 3233 Sterilisationen und Kastrationen in Nordamerika ausgeführt: bei 2700 Geisteskranken, 403 Schwachsinnigen und 130 Verbrechern. In einzelnen Schweizer Kantonen besteht strafrechtliche Duldung derartiger Eingriffe. Eine infolge der Boeterschen Anregungen zusammengetretene Sächsische Kommission kam zu dem Ergebnisse, daß Sterilisierung zu erwägen sei bei Dementia praecox, manisch-depressivem Irresein, Epilepsie, schwer entarteten Alkoholisten, vereinzelten schwer degenerativen Psychopathen, einwandfreiem angeborenem Schwachsinn, Huntingtonscher Chorea und degenerativen gewalttätigen Gewohnheits- und Sittlichkeitsverbrechern unter Ablehnung jeden Zwanges und nach Votum einer gerichtlichen Behörde mit Anhören anerkannter ärztlicher Gutachter. Ähnlich hat sich Bonhoeffer in seinem Gutachten an das preußische Landgesundheitsamt geäußert. Verf. wendet sich gegen die weitergehenden Boeterschen Forderungen und erwartet eine befriedigende Formulierung erst, wenn eine übereinstimmende wissenschaftliche Anschauung hinsichtlich Begriff und Zweckbestimmung der Sterilisierung erreicht ist. Nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen lasse sich da ein neues ärztliches Recht schaffen, und nur in diesem Sinne seien allerdings die hingebungsvollen Bestrebungen von Boeter anzuerkennen und ärztlicherseits zu unterstützen. *Raecke* (Frankfurt a. M.).

Anstaltswesen, Statistik, Allgemeines.

Fischer, Max: Irrengesetzgebung. II. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 27, Nr. 43, S. 429—433. 1925.

Die Ausführungen des Verf. über die Entwürfe eines preußischen Gesetzes, „die Fürsorge für Geistes- und Gemütskranke betreffend", vertreten auf das Entschiedenste den ärztlichen Standpunkt, der sowohl Form wie Inhalt des Gesetzes bestimmen muß. Schon die gezwungene, umschreibende Bezeichnung (s. o.) anstatt des kurzen und sachlich zutreffenden Ausdruckes „Irrenfürsorgegesetz" ist zu beanstanden; ebenso das Wort „Verwahrung", das an Strafmaßnahmen denken läßt. Die Einrichtung eines Überwachungsausschusses wird für überflüssig erachtet, da die Aufsicht durch die Landes- und Provinzialbehörden zusammen mit den gesetzlichen Bestimmungen zur Aufrechterhaltung der Ordnung in den Anstalten ausreicht. Im ganzen erkennt Verf. an, daß der sog. „Referentenentwurf", der in vieler Beziehung dem badischen Irrenfürsorgegesetze nachgebildet ist, bereits einen Fortschritt bedeutet. Dem Gegenentwurfe des provinziellen Ausschusses Preußens nebst den bekannten Leitsätzen von E. Schultze hingegen stimmt Fischer fast rückhaltlos zu. Hervorgehoben wird nochmals mit allem Nachdrucke, daß die Leitung der öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt ausschließlich einem Psychiater als verantwortlichem Direktor übertragen und daß diese Bestimmung ausdrücklich in das Gesetz hineingearbeitet werden muß. Vermißt werden Anordnungen über die Außenfürsorge der Geisteskranken. Sehr wichtig ist die Mahnung am Schlusse der Arbeit, daß das tätige Interesse des Psychiaters nicht auf die endgültige Fassung des Gesetzes beschränkt bleiben darf, sondern sich ebenso wach auch an der Ausarbeitung der Ausführungsbestimmungen beteiligen muß,

Digitized by Google

da diese noch reichlich Gelegenheit zur Begehung schwerer Fehler bieten. (I. vgl. dies. Zentrlbl. **40**, 844.) *v. Leupoldt* (Neuruppin).

● **Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge. Hrsg. v. A. Gottstein, A. Schlossmann u. L. Teleky. Bd. 1. Grundlagen und Methoden.** Berlin: Julius Springer 1925. XI, 511 S. G.-M. 30.—.

Der vorliegende Band enthält 9 verschiedene Beiträge. Der 1. trägt die Überschrift: „Zur Geschichte der Sozialhygiene" und ist von Ferdinand Hueppe, Dresden, verfaßt. Diese Arbeit enthält eine Fülle interessanter und wissenswerter historischer Tatsachen in systematischer Anordnung, geht allerdings über den Gegenstand der Überschrift nicht unerheblich hinaus, indem die Geschichte der sozialen Hygiene in dem weiten Rahmen einer Geschichte der medizinischen bzw. biologischen Anschauungen überhaupt dargestellt wird. „Eine nichtsoziale Medizin hat es nie gegeben." Der 2. Beitrag von Wilhelm Weinberg, Stuttgart, behandelt „Methoden und Technik der Statistik mit besonderer Berücksichtigung der Sozialbiologie". Die Arbeit ist für den, der schon eine gewisse Erfahrung auf dem Gebiete der statistischen Methodik hat, sehr nützlich. Für die meisten sozialhygienisch interressierten Leser dürfte sie aber zu knapp sein. Weinberg sagt in seiner Anmerkung zu dem Kapitel Biometrik selber, daß er wegen des engen, ihm zugewiesenen Raumes nicht in der Lage sei, dieses Kapitel so ausführlich darzustellen, wie es für den Uneingeweihten nötig wäre, um ihn bei Arbeiten mit biometrischen Grundsätzen völlig auf eigene Füße zu stellen. Das gibt mehr oder weniger auch von den anderen Kapiteln dieses Beitrags. Unzweifelhaft gehört die statistische Methodik in viel zentralerer Weise zu den Grundlagen der sozialen Hygiene als ihre Geschichte; ihr hätte daher auch der mehrfache Raum gebührt. Wenn ich auf die Polemik, die W. in seinem Beitrag (wie gewöhnlich) gegen mich richtet, hier nicht eingehe, so geschieht das, um diese Zeitschrift nicht zu belasten, nicht etwa, weil ich nichts zu erwidern hätte. Der 3. Beitrag von F. Prinzing, Ulm, ist überschrieben: „Die statistischen Grundlagen der sozialen Hygiene." Er behandelt weniger statistische Methoden als statistische Tatsachen. Auch dieser Beitrag, der nur 32 S. umfaßt, ist leider zu knapp. Im übrigen bringt er sehr schätzenswertes Material. Für die Leser dieser Zeitschrift dürfte es von speziellem Interesse sein, daß P. auf S. 179 eine Schätzung der Zahl der verschiedenen Gruppen geistig Minderwertiger versucht und zu dem Schluß kommt, „daß etwa 10% der Bevölkerung psychisch nicht vollwertig sind". Der 4. Beitrag, von Valentin Haecker, Halle, behandelt „Vererbungsgeschichtliche Probleme der sozialen und Rassenhygiene". Obwohl hier ein Zoologe von Fach eine menschliche Erblichkeitslehre gibt, muß man doch anerkennen, daß die Darstellung im ganzen wohl gelungen ist. Haeckers „entwicklungsgeschichtliche Vererbungsregel", nach der Merkmale mit relativ einfach verursachter, ausgesprochen autonomer Entwicklung klare Spaltungsverhältnisse aufweisen, während Merkmale mit komplex verursachter, durch Korrelationen gebundener Entwicklung das nicht tun sollen, bietet allerdings meines Erachtens keine wirkliche Erkenntnis. Haecker kann sich zwar auf 5 Mediziner berufen, die seiner Regel zugestimmt haben; unter den Biologen hat er aber kaum Anklang gefunden, und ich glaube mit Recht. Das Wort „idiokinetisch", das Haecker mehrfach gebraucht, hätte irgendwo erläutert werden sollen. Störend ist auch, daß einige Worte bald mit z und bald mit c geschrieben sind, so findet sich auf S. 190 und 191 mehrfach „rezessiv" und „recessiv", „homozygot" neben „homocygot". Schuld daran ist nach meiner Erfahrung das Rechtschreibungsbuch der Setzer, das „recessiv" enthält, während Haecker dem wirklichen Gebrauch folgend offenbar „rezessiv" geschrieben hatte. Der 5. Beitrag „Anthropometrie" von Rudolf Martin †, München, zeugt von der bei diesem Gelehrten gewohnten, ins Einzelne gehenden Sorgfalt. Auch ist er für den Sozialhygieniker auf jeden Fall vollauf ausreichend. Eine Lücke scheint mir in dem Handbuch aber insofern zu bestehen, als die Feststellung der psychischen Merkmale bzw. der psychischen Konstitution über-

Digitized by Google

haupt nicht zur Darstellung gekommen ist. Gewiß ist die Erfassung der psychischen Unterschiede technisch schwieriger, aber sie ist offenbar auch von ganz ungleich größerer sozialhygienischer Bedeutung als die der physischen; und tatsächlich ist doch einerseits von psychologischer Seite (Tests!), andererseits von psychiatrischer schon recht viel darüber beigebracht worden, so daß eine zusammenfassende Darstellung einer „Psychometrie" als Ergänzung der Somatometrie sehr wohl möglich wäre. Es wäre zu wünschen, daß sie in einem der späteren Bände des Handbuchs noch nachgeholt würde, denn sie gehört nun einmal zu den Grundlagen der sozialen Hygiene. Im 6. Beitrag behandelt Martin Vogel, Dresden, die „Hygienische Volksbildung", im 7. Alfred Grotjahn, Berlin, ganz kurz den „Unterricht der Studierenden und der Ärzte". Der 8. Beitrag, von E. Dietrich, Berlin, bringt eine auch für den Neurologen und Psychiater wertvolle Zusammenstellung über „Die Organisation der Gesundheitsfürsorge, insbesondere die Aufgabe von Reich, Ländern, Landesteilen und Gemeinden auf dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge, und die damit betrauten Stellen". Dieser Beitrag wird ergänzt durch den 9., von P. Krautwig, Köln, „Die Organisation der Gesundheitsfürsorge, insbesondere die Aufgabe von Provinz, Stadt- und Landkreisen". Im ganzen ist der vorliegende Band ein sehr nützliches Buch. Ein 2. Band soll „Gewerbehygiene und Gewerbekrankheiten" behandeln, ein 3. „Alkohol, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten", ein 4. „Gesundheitsfürsorge", ein 5. „Die soziale Physiologie und Pathologie", ein 6. „Krankenhauswesen, Rettungswesen, Bäderwesen usw.". *Lenz* (München).

Truitt, Ralph P.: The relation of social work to psychiatry. (Das Verhältnis der sozialen Fürsorge zur Psychiatrie.) Americ. journ. of psychiatry Bd. 5, Nr. 1, S. 103—105. 1925.

Der Verfasser erörtert an Hand eines Vortrages auf der 81. Jahresversammlung der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft in Richmond im Mai 1925 die Beziehungen zwischen der sozialen Fürsorge und der Psychiatrie. Er geht davon aus, daß die soziale Fürsorge häufig mit Geisteskranken und Psychopathen zu tun hat, oft lange, bevor sie in Anstaltspflege untergebracht werden. Da die Fürsorgeorgane bisher mit den fachpsychiatrischen Gesichtspunkten mangels entsprechender Orientierung nicht vertraut sind und andererseits den Psychiatern die Kenntnis ihrer Kranken vor der Anstaltsunterbringung abgeht, so liegt die Organisation der gemeinsamen Arbeit gleichermaßen im dringenden Interesse der sozialen Fürsorge und der Psychiatrie selbst. Eine derartige Arbeitsgemeinschaft, die zudem durch die neuere Entwicklung der Psychiatrie in der Richtung der ärztlichen Versorgung außerhalb der Anstalten erleichtert wird und die oft wenig erwünschte Beteiligung gewisser charitativer Hilfspersonen erübrigt, wird dem Psychiater eine weit vollständigere Erfassung seiner Kranken und damit eine wirksamere Behandlung als bisher ermöglichen und andererseits den Sozialfürsorger instand setzen, seine individuelle und allgemeine fürsorgerische Tätigkeit durch psychiatrische Gesichtspunkte zu befruchten. Die soziale Fürsorge auf psychiatrischem Gebiet, die sich zur Zeit noch in den ersten Anfängen befindet, wird sich demnach bei ihrem notwendigen weiteren Ausbau zu einer unentbehrlichen Ergänzung der geschlossenen Irrenfürsorge entwickeln. *Hans Roemer* (Karlsruhe).

Raecke: Die Frankfurter Fürsorgestelle für Gemüts- und Nervenkranke. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 27, Nr. 47, S. 484—486. 1925.

Kurzer Überblick über die weitere Entwicklung der Frankfurter Psychopathenfürsorge. In engster Zusammenarbeit mit den verschiedensten Behörden (Gesundheitsamt, Wohlfahrtsamt, Jugendamt, Trinkerfürsorge usw., mit Polizeipräsident und Landeshauptmann), sowie mit der freien Ärzteschaft wird das Ziel angestrebt, nicht nur die entlassenen Geisteskranken vor Rückfälligkeit zu schützen, sondern überhaupt alle geistig abwegigen Elemente, die zu Konflikten mit der Umwelt neigen, durch rechtzeitiges Eingreifen vor Eintritt von Anstaltsbedürftigkeit zu bewahren. Die erreichten Erfolge dürfen trotz der ungeheuren Schwierigkeiten auf dem Wohnungs- und Arbeitsmarkte als recht ermutigend bezeichnet werden. Immer mehr bürgert sich die Einrichtung auch beim Publikum ein, wie die Zunahme der freiwilligen Zugänge beweist. Neben täglichen poliklinischen Beratungen werden Hausbesuche und regelmäßige ärztliche Untersuchungen in der Zwangsheilstation der Dermatologischen Klinik und dem

Digitized by Google

Strafgefängnisse ausgeübt. Schon haben die Gerichte begonnen, die Zubilligung von Bewährungsfrist und von Beurlaubung aus dem Gefängnisse bei Minderwertigen abhängig zu machen von der Unterstellung unter die Schutzaufsicht der Fürsorgestelle. In den regelmäßig geführten Krankengeschichten sammelt sich ein wertvolles anamnestisches und katamnestisches Material an, und es ergeben sich neue Gesichtspunkte für die Beziehungen psychotischer Reaktionen zu Umweltserlebnissen und über die Fähigkeit Geisteskranker, in der Freiheit zu existieren. Sehr wichtig ist die räumliche Trennung der Fürsorgestelle von der Heilanstalt. *Autoreferat.*

Dreikurs, Rudolf: Die soziale Fürsorge in der Psychiatrie. (*Psychiatr.-neurol. Filialabt., Univ. Wien.*) Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. **44**, H. 2/3, S. 247-266. 1925.

Bespricht die einschlägigen Probleme und praktischen Erfahrungen und zieht die Nutzanwendung für Österreich, speziell Wien. *Gregor* (Flehingen i. Baden).

Vervaeck, L.: L'organisation d'une œuvre de patronage des malades et anormaux mentaux. (Die Schaffung einer Fürsorgeorganisation für Geisteskranke und geistig Abnorme.) Rev. de droit pénal et de criminol. Jg. **5**, Nr. 7, S. 682—698. 1925.

Der Verf., der Mitglied der Kgl. belgischen Kommisson für Fürsorgewesen (Commission Royal des Patronages) ist, erörtert hier nach einem auf der Fürsorgetagung am 18. VI. 1925 in Tournai erstatteten Bericht die Grundsätze für die Einrichtung einer freiwilligen Hilfsorganisation auf psychachiatrischem Gebiet. Zunächst schlägt er vor, den an das Irrenhaus erinnernden Ausdruck „aliéné" (Irrer) durch die in der öffentlichen Meinung weniger belastete Bezeichnung „malade mental" (Geisteskranker) zu ersetzen, eine Änderung, die ja auch in Frankreich Eingang gefunden hat, und betont weiterhin die dringende Notwendigkeit einer fachpsychiatrischen Leitung bei allen solchen Bestrebungen. Hierauf streift er kurz die Entwicklung der offenen Geisteskrankenfürsorge in Frankreich, Holland, England und den Vereinigten Staaten, wobei die amerikanische „Liga für geistige Hygiene" sowie deren Generalsekretär Clifford Beers Erwähnung findet, um dann eingehend die Vorgeschichte dieser Bestrebungen in Belgien selbst zu schildern, die auf den Kongreß von Mons 1893 zurückgeht. Für ihre weitere Entwicklung sind kennzeichnend die Beschlüsse der Kgl. Kommission 1896, die praktischen Anfänge mit einer solchen Fürsorge in Tournai, die Entschließung des Internationalen Kongresses in Antwerpen 1898, die Richtlinien des Internationalen Kongresses für Fürsorgewesen in Antwerpen 1911, weiterhin die der Psychiatrischen Gesellschaft von Dr. Claus 1912 gemachten Vorschläge zur Gründung einer belgischen Landesorganisation, ferner nach Kriegsende die auf Anregung des Justizministers 1920 erneut aufgenommene Tätigkeit der Kgl. Kommission, die von ihr veranstaltete Rundfrage und schließlich die 1923 eingegangenen Vorschläge des Fürsorgekomitees in Tournai. Für die nunmehr zu verwirklichende Organisation einer umfassenden Fürsorge für die frei lebenden und internierten Geisteskranken und Psychopathen in ganz Belgien werden auf Grund der früheren Erwägungen folgende Grundsätze aufgestellt: Die Geisteskrankenfürsorge soll ein Privatunternehmen sein mit Unterstützung der öffentlichen Dienststellen, wobei die Behörden der Verwaltung, besonders der Provinzen, in allen Ausschüssen vertreten sein und enge Beziehungen zu den Anstaltaleitungen, den sonstigen Einrichtungen der Irrenfürsorge, insbesondere den Fürsorgestellen der geistigen Hygiene sowie den Aufsichtsbehörden unterhalten werden müssen. In allen Fürsorgeausschüssen müssen Fachabteilungen für die Geisteskrankenfürsorge unter Beizug mindestens eines Vertreters jeder psychiatrischen Anstalt bzw. Kolonie geschaffen werden, die ihre Spitze in einem Zentralkomitee innerhalb der Kgl. Kommission erhalten. Diese Fachorganisation schließt jedoch die Zusammenarbeit mit den verwandten Fürsorgezweigen keineswegs aus, z. B. mit der Fürsorge für entlassene Gefangene, mit dem Jugendgericht und mit den Einrichtungen für psychopathische und schwachsinnige Kinder. Die allgemeinen sozialen Aufgaben dieser Fürsorgeorganisation, bei deren Lösung sie mit der „Liga der geistigen Hygiene" eng zusammenarbeiten muß, besteht in der Bekämpfung der Vorurteile gegen die Behandlung der Geisteskranken, in der Schaffung offener psychiatrischer Fachkrankenhäuser und landwirtschaftlicher Kolonien, in der Einführung der Familienpflege und in der Verbesserung der gesetzlichen Regelung der Irrenfürsorge. Die persönliche Geisteskrankenfürsorge soll sich auf alle frei lebenden, in der Familie verpflegten, in offenen Fachkrankenhäusern, Kolonien und geschlossenen Anstalten untergebrachten Geisteskranke, Nervenkranke und Epileptiker aller Altersstufen erstrecken. Die Fürsorgemaßnahmen, die hierbei vor, während und nach der Anstaltsunterbringung für den Kranken, seine Familie und seine rechtlichen und wirtschaftlichen Belange zu ergreifen sind, werden eingehend besprochen, wobei als wichtigste Faktoren der Mitarbeit die ärztlichen Leiter der Anstalten und die Organisation der geistigen Hygiene erwähnt und die Fürsorger, die von den örtlichen Fürsorgeausschüssen im Einverständnis mit den Anstaltsdirektoren vorzuschlagen und vom Justizminister zu ernennen sind, besonders hervorgehoben werden. Schließlich wird noch der Deckung der Unkosten gedacht, die teils aus freiwilligen Beiträgen, teils aus öffentlichen

Digitized by Google

Mitteln bestritten werden. — Die Tätigkeit des Fürsorgers, wie sie hier für die Dauer der Anstaltsunterbringung vorgesehen ist, geht für unsere Begriffe in Deutschland etwas weit, wenn sie sich u. a. auf die Einzelheiten der Beschäftigungstherapie sowie die Maßnahmen zur geistigen Ablenkung und Unterhaltung erstrecken soll. In dieser Hinsicht erinnern die erwähnten Vorschläge an die Programme der „sozialen Krankenhausfürsorge", wie sie auch in einigen deutschen großstädtischen Krankenhäusern für körperliche Krankheiten ausgeübt wird. Die Wahrung der rechtlichen und wirtschaftlichen Interessen des Kranken, die hier dem Fürsorger vorgeschrieben wird, entspricht einem Vorschlag Schultzes, der die Aufstellung eines derartigen Berufsfürsorgers in seinen Leitsätzen über das Irrenfürsorgegesetz 1921 vorgesehen hat. Wenn der Verf. an die Schaffung einer internationalen Geisteskrankenfürsorge denkt, so wird er künftig bei derartigen Übersichten die in Deutschland getroffenen Einrichtungen dieser Art gleichfalls erwähnen müssen. *Hans Roemer* (Karlsruhe).

● **Böhner, Margarete: Die Psychopathenfürsorge in ihrer volkswirtschaftlichen Bedeutung.** Düsseldorf: Industrie-Verl. 1925. 88 S.

Eine fleißige Arbeit, die aber nicht viel Eigenes oder Neues bringt. Zur Sichtung der Ansichten über Psychopathie erweist sich Böhner nicht berufen. Das Verwahrungsgesetz wird nur in der Fassung des Deutschen Verbandes zur Förderung der Sittlichkeit besprochen, und diese Kritik ist nicht glücklich. Gewisse Dinge können vielleicht nicht oft genug gesagt werden, wie daß bei Entscheidungen nach dem Jug.Ger.Gesetz Psychiater ausgiebig heranzuziehen sind, daß Fürsorgeerziehung vielfach durch halboffene Einrichtungen erfolgreich betrieben werden kann, daß größere Städte oder sonstige Zentralstellen Beobachtungsheime brauchen, daß die Durchführung der Fürsorgemaßnahmen auch ökonomischen Prinzipien entspricht. *Gregor* (Flehingen i. Baden).

Schmidt, Ludwig, Ludwig Schneider und Hermann Zwilling: Die Typhusepidemie in der badischen Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen und ihre Bekämpfung. (*Hyg. Inst., Univ. Freiburg i. B.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 98, H. 1/2, S. 283—296. 1925.

Die Verff. schildern das Vorkommen des Typhus in der 1889 eröffneten Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen, der nach einigen Vorläufern erstmals im Jahre 1900 in größerem Umfange, bei 45 männlichen und 13 weiblichen Kranken, beobachtet wurde. Da die epidemiologische Bedeutung der Bacillenträger damals noch nicht bekannt war, erklärte man sich das Auftreten innerhalb der Anstalt ausschließlich mit der Einschleppung von außen und die Verbreitung allein mit dem Tonnensystem, das die in der Landwirtschaft beschäftigten männlichen Kranken mit den frisch auf das Feld geführten Fäkalien reichlich in Berührung brachte. Die entsprechenden Gegenmaßregeln verminderten zwar in der Folgezeit die Zahl der Typhuserkrankungen, vermochten aber nicht, sie gänzlich zum Verschwinden zu bringen, ohne Zweifel infolge der Übertragung durch Bacillenträger, denen man seit 1911 durch regelmäßige bakteriologische Stuhluntersuchungen beim ganzen Personenbestand, wenn auch zunächst ohne befriedigenden Erfolg nachging. Als im Jahre 1922 der Typhus im sog. Zentralbau, einem großen Korridorbau in Hufeisenform, dessen Verhältnisse an Hand einer Skizze dargelegt werden, erneut auftrat, wurde neben der Typhusimpfung und den sonstigen Maßnahmen eine erneute bakteriologische Durchuntersuchung seitens des Untersuchungsamtes beim Hygienischen Institut in Freiburg vorgenommen. Ende 1923 waren insgesamt 10 Typhuserkrankungen zu verzeichnen, und die bakteriologische Untersuchung hatte im ganzen 13 Typhusbacillen-, 2 Paratyphusbacillen- und 6 Ruhrbacillenträger festgestellt. Unter diesen Umständen konnte die provisorische und unvollkommene Absonderung innerhalb des Zentralbaues nicht mehr genügen. Es wurde deshalb ein Krankenpavillon mit 26 Betten als Isolierstation eingerichtet. Die bauliche und organisatorische Adaptierung, die in ihren Einzelheiten an Hand der Grundrisse (der inzwischen hinzugekommene Garten wäre darauf nachzutragen) geschildert wird, mußte mit den einfachsten Mitteln bewerkstelligt, konnte aber trotzdem durchaus einwandfrei durchgeführt werden. Seit der bakteriologischen Erfassung und räumlichen Absonderung der Bacillenträgerinnen im Dezember 1923 sind Neuerkrankungen an Typhus in der Anstalt nicht mehr vorgekommen. Die dreimalige Stuhluntersuchung bei Kranken nach, beim Pflege- und Dienstpersonal vor dem Eintritt schützt die nunmehr sanierte Anstalt vor dem Neueindringen des Typhus und der übrigen Darminfektionen. Die Isolierstation der Anstalt Emmendingen nimmt nunmehr an Stelle des früher hierzu benützten, aber räumlich jetzt nicht mehr ausreichenden Infektionshauses der Wieslocher Anstalt sämtliche Bacillenträger der vier Heil- und Pflegeanstalten des Landes auf, so daß also die übrigen drei Anstalten frei von Bacillenträgern gehalten werden können. Die Bacillenträger werden hier während des weiteren Verlaufs durch das Untersuchungsamt beim Hygienischen Institut der Universität Freiburg bakteriologisch genau verfolgt und auf ihre Beeinflußbarkeit durch Medikamente beobachtet. Diese Art der Sanierung der Irrenanstalten, die durch das bewährte Zusammenarbeiten der

Digitized by Google

Anstaltsärzte und des Hygienikers gekennzeichnet wird und, wie das Beispiel zeigt, sich auch unter den gegenwärtigen Verhältnissen ohne erheblichen baulichen Aufwand durchführen läßt, ist das einzige Mittel, um die Geisteskranken gegen die Typhusansteckung in den Irrenanstalten erfolgreich zu schützen. Darüber hinaus bedeutet sie aber auch ein unentbehrliches Glied in der Kette der allgemeinen organisatorischen Maßnahmen einer planmäßigen Typhusbekämpfung im ganzen Lande. *Hans Roemer* (Karlsruhe).

● **Nosack, Victor: Kulturschande. Die Wohnungsnot als Sexualproblem. (Beiträge z. Sexualproblem. Hrsg. v. Felix A. Theilhaber. H. 6.)** Berlin: Fritz Kater 1925. 26 S. G.-M. —.40.

Propagandaschrift für das Bodenreformgesetz: Die Bodenfrage sei die Basis der Wohnungsfrage und diese der Volksgesundheit und der Volkssittlichkeit. In Berlin müssen nach einer Statistik 250 000 Menschen zu vier in einem Zimmer schlafen, und mehr als 19% haben kein Bett für sich allein. Viele von ihnen sind geschlechtskrank. Die zahlreichen Kinder sind in solchen luft- und lichtleeren Räumen gesundheitlich und sittlich gefährdet. Durch das Wohnungselend geht jedes Schamgefühl verloren, und Sexualverbrechen werden gezüchtet. Schon vor dem Kriege waren die Wohnungsverhältnisse schlimm, jetzt sind sie unerträglich. Aber alle Hilfe wird von der Bodenreform erwartet. Auf die Frage der Baunot wird überhaupt nicht eingegangen. *Raecke* (Frankfurt a. M.).

● **Moravcsik-Gedenkbuch. Verfasst von seinen Schülern.** Budapest: Rudolf Novák u. Társa 1926. 318 S. (Ungarisch.)

Dem Andenken des im Oktober 1924 verstorbenen Professors Moravcsik haben seine Schüler einen Band gesammelter Arbeiten als Moravcsik-Gedenkbuch gewidmet. Neben einer Biographie des Verstorbenen enthält das Buch eine Arbeit Moravcsiks (Antrittsvortrag in der Königl. ungar. Akademie der Wissenschaften) über „Halluzinationen des Tastsinnes und der Muskelempfindung", in welcher er nachweist, daß in seinen Fällen bei Anwendung des Weberschen Tastzirkels eine auffallende Verengerung der Tastkreise, eine gesteigerte Reizbarkeit der sensorischen und motorischen Funktionen nachweisbar ist, daß unter solchen Verhältnissen feinere innere Vorgänge (Kreislauf, Stoffwechsel) und äußere Einwirkungen (Temperatur, Luftdruckveränderungen usw.) imstande sind, in der krankhaft veränderten Hirnrindenfunktion Illusionen, Halluzinationen, auch Wahnbildungen hervorzurufen; Sitz solcher ist in dem Parietallappen zu suchen; eine solche periphere Ursache ist bloß ein besonderer Reiz für die pathologisch funktionierende Hirnrinde, welche dann durch diesen peripheren Reiz angeregt, entweder im Sinne desselben, oft jedoch auch unabhängig von diesem und bloß abhängig von der eigenen krankhaften Funktion mit Sinnestäuschungen und Wahnbildungen reagiert. — A. v. Bakody berichtet über „Schizophrene Assoziationen", unter welchen die erklärenden in $^1/_3$ der Fälle, die echoartigen, perseverierenden, unzusammenhängenden und illogischen Reaktionen in 10—6% vorkommen; einfaches Echo ist in 25, aus ganzen Sätzen bestehende Reaktionen in fast 40%; Stereotypie fand Bakody in 6.6, bizarre Antworten in 13%; Verlängerung der Latenzzeit (über 5 Sek.) kommt in mehr als 30% vor; pathologische Reaktionen unter 16% beweisen nichts für einen krankhaften Zustand, über 24% fast mit Bestimmtheit einen solchen; pathologische Reaktionen zwischen 16 und 24% kommen bei pathologischen Fällen vor, jedoch auch bei Geistesgesunden. — L. Balassa bespricht 2 Fälle von Epilepsie nach Scharlach, wo er einen nephritischen und encephalitischen Vorgang annimmt. — P. Büchler schildert die Erkrankungen des Nervensystems im Anschlusse an verschiedene Ernährungsschädigungen unter besonderer Hervorhebung des Einflusses von Vitaminmangel, P. Büchler und L. Gombos den Wert der mechanisch auslösbaren Reflexe des vegetativen Nervensystems, K. Décsi einen Dämmerzustand nach Alkoholexzeß. — M. Goldberger bespricht die „Stellung der Chorea minor im Kreise der extrapyramidalen Erkrankungen" auf Grund der bekannten Literatur und neigt zur Auffassung der Lokalisation im Striatum. — L. Hajdu untersucht 2 Fälle von Migräne von konstitutionellem Standpunkt und findet phänotypisch bei beiden als gemeinsames Motiv eine erhöhte Reizbarkeit der Vasomotoren, in welcher die Verf. die Grundlage der Migränedisposition zu erblicken glaubt. — K. Hudovernig kommentiert die Schwankungen in der Krankenaufnahme der Beobachtungsabteilung in den letzten

Digitized by Google

15 Jahren, mit spezieller Bewertung der Verhältnisse vor, während des Krieges und nach demselben; Störungen der affektiven Sphäre (manisch-depressives Irresein, Neurasthenie, Hysterie und akute Geistesstörung) nehmen während des Krieges gewaltig zu, um nach demselben wieder abzunehmen, was durch die obwaltenden Verhältnisse erklärt werden kann; die dementiven Formen (Epilepsie, Dementia praecox, Imbecillität) nehmen während des Krieges zu und noch mehr nach demselben, was wohl den immer schwereren wirtschaftlichen und Lebensverhältnissen zugeschrieben werden kann; ganz auffallend ist die Abnahme der progressiven Paralyse während des Krieges und noch mehr nach demselben (41% der Gesamtaufnahmen 1910 und 19% 1924); Paranoia, senile und encephalopathische Demenz zeigen keine nennenswerten Schwankungen, hingegen nimmt Morphinsucht noch nach dem Kriege gewaltig zu; die alkoholischen Geistesstörungen haben während des Krieges stark abgenommen, zeigen aber nach demselben wieder leider eine ansteigende Tendenz. — I. Máday berichtet über die zeichnerischen Produkte eines schizophrenen Kranken, welche eine reizende Verquickung von Infantilismus, künstlerischer Begabung mit arythmetischem Symbolismus darstellen. — E. v. Németh bespricht einige Fälle von Simulation von Geisteskrankheit, und findet, daß die Mehrzahl der Simulanten degenerierte, psychopathische Personen sind. — L. Petry kommt nach Besprechung der „Organotherapie der Schizophrenie" zum Schlusse, daß in vielen Fällen ein Parallelismus zwischen endokrinen und psychischen Störungen besteht, daß aber die Organotherapie therapeutisch im ganzen erfolglos ist (? Ref.) und auch nicht zur Klärung der Ätiologie der Schizophrenie beigetragen hat; erbbiologische und histologische Forschungen haben jedenfalls mehr zur Klärung der Grundlage beigetragen, und erhärtet, daß die Schizophrenie eine sich recessiv vererbende heredodegenerative Erkrankung darstellt, bei welcher gewisse Systeme der Hirnrinde in elektiver Weise geschädigt werden. — Z. A. Ráth berichtet über „Ergographische Untersuchungen", bei welchen er den Einfluß optischer, akustischer und taktiler Einflüsse auf die Kurve der maximalen Arbeitsleistung (Lehmannscher Ergograph) darstellt, doch vermochte er weder bei Geisteskranken, noch bei Gesunden einen regelmäßigen Zusammenhang nachweisen. — M. Révész bespricht die „schwer erziehbaren Kinder vom psychiatrischen und heilpädagogischem Standpunkt", L. Schmidt einen hypnotischen Versuch bei einem zum Tode Verurteilten, wo er erfolgreich versuchte, demselben die verzweifelte Todesangst „wegzusuggerieren". — J. Schuster bringt einen Beitrag zur „Pathohistologie der Dementia praecox" in 2 Fällen, welche im Leben besonders durch psychomotorische Erscheinungen auffielen und deren Muskelrigor bis an das Lebensende vorhanden war; es wurden im Nucl. paramedianus, in Subst. grisea centralis, im Nucl. supraopticus und paraventricularis schwere Ganglienzellendegeneration und Neuronophagie festgestellt, welche er mit den psychomotorischen Veränderungen in Zusammenhang bringt; die Veränderungen der vegetativen Zentren verursachen eine Störung der Stimmung, die Veränderungen des Striatum und Pallidum wirken auf Psyche und Motorium aus; die Zelldegeneration im Plexus chorioideus (Monakow) honnte nicht festgestellt werden, die Zellen des Plexus und des Ependyms zeigen eine starke Proliferation, weisen auf einen Zustand einer hohen und intensiven Arbeitstätigkeit hin. — J. A. Sombor bespricht den psychodiagnostischen Wert des Ganges, S. Somogyi die psychischen Epidemien nach dem Kriege, E. Szecsödy-Wehofer Blutdruckuntersuchungen bei Geistes- und Nervenkranken, F. Tél die Frage, ob die Menschheit seit dem Urmenschen bis zur heutigen Zeit besser geworden sei. Schließlich berichtet L. Vértes über Zunahme und Formen des Morphinismus; zur Entziehung entsprechen die offenen Anstalten vollkommen, doch in der Weise, daß er die Kranken 7—14 Tage hindurch in einem ständigen Dämmerzustand hält (Scopolamin!), in welchem die Morphiumentziehung in wenigen Tagen sukzessiv durchgeführt werden kann. Die nur ganz kursorisch und andeutungsweise geschilderten Arbeiten seiner dankbaren Schüler bilden einen sehr gut ausgestatteten Band, welcher das Andenken des verblichenen Meisters würdig verewigt. *Karl Hudovernig* (Budapest).

Digitized by Google

Fortsetzung des Autorenverzeichnisses.

Pereira, Enrique Porto 62.
—, Jayme R. 30.
Périsson, Joseph 69.
Petriello, Luis Maria 62.
Pfeifer, B. 118.
Photakis, B. A. 104.
Plaut, F. 116.
Plessner, H. 35.
Pötzl, O. 74.
Poliak, E. 81.
Pollet, L. 102.
Popescu-Inotesti, C. 15.
Potts, W. A. 118.
Prados, C. David de 96.
Prawdicz-Neminski, W. W.
Preioni, Carlos 60. [18.
Przagowski, P. 30.
Racoveanu, Virgil 84.
Radovici, A. 55.
Raecke 124.
Rech, W. 29.
Redlich, Emil 6.
Reimers, Hans 8.
Reininger, Karl 41.
Reyess, G. 37.
Rodriguez, Jose N. 87.
Roger 97.
Roman, Benjamin 110.
Rothfeld, J. 107.
Rotolo, Giuseppe 18.
Aydin, Hakan 27.
Sakakibara, Jinicki 91.
Salmon, Alberto 25.
Salman, S. R. 68.
Sante de Sanctis 44.
Sargnon, A. 86.
Scarpini, Vincenzo 114.
Schiff, P. 46.
Schilder, Paul 59, 107.
Schläger, Georg 44.
Schlossmann, A. 128.
Schmidt, Ludwig 126.
Schmorl, G. 11.
Schneider, Ludwig 126.
Schneller, Fritz 28.
Schnitter 104.
Schreiner, Karl 6.
Schriever, Hans 17.
Schroeder, Alejandro 4.
Schükri, Ichsan 105.
Schulte, Rob. Werner 32.
Schuster, Julius 54.
Šebek, J. 63.
Seletzki, W. W. 30.
Sendrail 63.
Sepich, Marcelino J. 75.
Šercer, Ante 87.
Sézary, A. 104.
Sierra, Adolfo M. 113.
Silberer, Herbert 46.
Simionescu, Ion I. 64.
Simon, M. 34.
Sittig, Otto 84.
Skubiszewski, Félix 87.
Slawson, John 120.
Smith, Jens Chr. 73.
Smitt, W. G. Sillevis 83.
Sommer, Ignaz 73.
Sommer, Robert 33.
Sotti, Guido 91.
Spatz, Hugo 105.
Specht, Fritz 15.
Speidel, C. C. 94.
Spiegel, E. A. 16.
Staehelin, R. 48.
Stanojević, L. 113.
Stedefeder, K. 110.
Steiner, G. 116.
Stella, Pietro 66.
Stern, Erich 43.
—, F. 65.
Sterting, Wladyslaw 53, 77.
Stertz, G. 67.
Stransky, Erwin 59.
Sundelin, Fredrik 96.
Tannenbaum, Samuel A. 46.
Teleky, L. 123.
Tendeloo, N. Ph. 5.
Terni, Tullio 2.
Terris, E. 78.
Thévenard 74.
Thies, O. 52.
Török, L. 13.
Tournade, A. 97.
Towne, E. B. 75.
Trepel 111.
Triantaphyllos, D. 54.
Truitt, Ralph P. 124.
Tschernyscheff A. 11.
Tullio, B. di 120.
Turpin, R. 101.
Tychowski, W. Z. 14.
Urbán, F. 13.
Urechia, C. I. 7, 68.
Velluda, Const. C. 76.
Veraguth, Otto 84.
Verga, P. 79.
Vervaeck, L. 125.
Vigh, Ágoston 86.
Vignal, W. 96.
Violle, P.-L. 89.
Vogt, E. 58.
Volland 10, 111.
Vom Hofe, K. 15.
Vujic, V. 77.
Wachholder, Kurt 22, 23, 24.
Wagner v. Jauregg 114.
Waldmann, Iván 82.
Warstadt, Arno 113. [51.
Watson-Williams, Patrick
Weinberg, H. 34. [84.
Weiskotten, Thomas Fister
Weizsäcker, V. v. 48.
Wertheimer, M. 39.
White, Leon E. 52.
Wilson, George 72.
Winkelman, N. W. 72.
Winkler-Hermaden, Viktor 38.
Wittgenstein, Hermann 90.
Wulfften Palthe, P. M. van 117.
Yorke, Warrington 116.
Zoeller, Chr. 60.
Zwemer, R. L. 98.
Zwilling, Hermann 126.

Inhaltsverzeichnis.

Referate.

Normale und pathologische Anatomie 1
Normale und pathologische Physiologie 11
Psychologie und allgemeine Psychopathologie 31
Allgemeine neurologische Diagnostik und Symptomatologie 48
Therapie 55
Spezielle Neurologie:
Meningen 60
Körperflüssigkeiten 62
Großhirn:
Encephalitis 65
Hirnblutung, Hemiplegie, Arteriosklerose, Encephalomalacie 69
Linsenkernerkrankungen, Dyskinesien . . . 70
Hirngeschwulst, Hirnabsceß 72
Kleinhirn, Vestibularapparat, hereditäre familiäre Ataxien 76
Bulbäre Erkrankungen, Myasthenie . . . 78
Rückenmark und Wirbelsäule:
Meningitis spinalis 79
Myelitis, Poliomyelitis, amyotrophische Lateralsklerose, spin. Muskelatrophie, spastische Spinalparalyse 80
Tabes 81
Rückenmarksgeschwülste 82
Wirbelsäule 84
Periphere Nerven:
Neuralgie, Kopfschmerz 85
Periphere Nervenlähmung, Neuritis, Herpes zoster, Nerventumoren 86
Muskuläre Erkrankungen 88
Sympathisches System und Vagus . . . 89
Stoffwechsel und endokrine Drüsen:
Hypophyse, Epiphyse, Diabetes insipidus . 90
Schilddrüse 93
Infantilismus, Nebennieren und Adrenalin, Addison 97
Tetanie und Spasmophilie 99
Syphilis 102
Vergiftungen, Infektionen 104
Beschäftigungsneurosen, funktionelle und lokale Krämpfe 106
Traumatische Nervenerkrankungen, Kriegsverletzungen 107
Nervenkrankheiten der Tiere 110
Spezielle Psychiatrie:
Epilepsie, Kinderkrämpfe 111
Progressive Paralyse, syphilitische Geistesstörungen, Trypanosomenkrankheiten . 112
Forensische Psychiatrie 118
Das Konstitutionsproblem, Erblichkeits- und Rassenforschung . . . 121
Anstaltswesen, Statistik, Allgemeines 122

Digitized by Google

Sanatorium Liebenstein DDr. Eichler-Seige
(vorm. Dr. Fülles' Sanatorium) Bad Liebenstein (Thür. Wald) / Fernruf Nr. 8
Klinisch geleitetes Sanatorium für innere und Nervenkranke
Kurmittel des kohlensauren Stahlbades Liebenstein (243)
Besitzer und leitende Ärzte:
Dr. Seige, Facharzt für Nervenkrankheiten / Dr. Eichler, Facharzt für innere Krankheiten

Kuranstalten Westend (vorm. Dr. Weiler – Dr. Schlomer's Kuranstalten)
Ulmenallee Nr. 35, Nußbaumallee Nr. 30 und Nr. 38
Fernsprecher: Amt Westend Nr. 506 und 507
Getrennte Häuser u. Villen für Nerven- u. Gemütskranke, Morphinisten u. Erholungsbedürftige
Geh. Rat Prof. Dr. Henneberg Dr. Schlomer (223) Dr. Möllenhoff

Sanatorium Berlin-Lichterfelde (Ost)
vormals Geh. San.-Rat Dr. Goldstein
Jungfernstieg 14
Für Nervenkranke u. Erholungsbedürftige. Behandlung aller Nervenkrankheiten. Elektrotherapie. **Morphium-Entziehung.** — **Mäßige Preise.** — Telephon Lichterfelde 2020. — 16 Minuten ab Potsdamer Bahnhof. Herrliche Parkanlagen. **Dr. Martin Goldstein** (244)

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9

Hygienische Volksbildung. Von Dr. med. Martin Vogel, wissenschaftlicher Direktor am Deutschen Hygiene-Museum, Generalsekretär des Sächs. Landesausschusses und vorm. Generalsekretär des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung. 92 Seiten mit 6 Abbildungen. 1925. (Sonderausgabe des gleichnamigen Beitrages aus „Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge", Bd. 1. Herausgegeben von A. Gottstein-Charlottenburg, A. Schloßmann-Düsseldorf, L. Teleky-Düsseldorf.) RM 3.—

QUADRONAL

bei fast allen Krankenkassen zugelassen

Rp. Phenyldimethylpyrazolon. Oxyäthylacetanilid. Lactyl-p-Phenetidid. Coffeinum pur.
Packungen: 20×0,5 10×0,5 Spitalpackungen

höchste Wirksamkeit bei: Migräne, Anfällen von Gicht, Ischias, rheumatischen Beschwerden, Nervenentzündungen, Trigeminus-Beschwerden, Schnupfen, Erkältungskrankheiten und Grippe

Proben und Literatur kostenlos

Asta-Werke A.-G., Chemische Fabrik Brackwede in Westfalen

Wir sind gleichzeitig Hersteller von **Dr. Kipper's Emulsion,** die von Fachleuten anerkannt wird und die schmackhafteste sein soll, die bisher existiert. Lassen Sie sich Geschmacksprobe und Literatur kommen.

Hierzu zwei Beilagen vom Verlag Julius Springer in Berlin W 9

Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig

Digitized by Google

MAY 18 1926

ZENTRALBLATT FÜR DIE GESAMTE NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE

REFERATENTEIL DER ZEITSCHRIFT FÜR DIE GESAMTE NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE UND FORTSETZUNG DES VON E. MENDEL BEGRÜNDETEN NEUROLOGISCHEN CENTRALBLATTES
REFERATENBLATT DER GESELLSCHAFT DEUTSCHER NERVENÄRZTE
OFFIZIELLES ORGAN DER BERLINER GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND NERVENKRANKHEITEN

REDIGIERT VON

R. HIRSCHFELD, BERLIN — K. MENDEL, BERLIN — W. SPIELMEYER, MÜNCHEN

SCHRIFTLEITUNG: R. HIRSCHFELD, BERLIN W 9, LINKSTR. 23/24

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9

BAND XLIII, HEFT 3/4 — 15. APRIL
S. 129—256 — 1926

LIBRARY UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Autorenverzeichnis.

(Die Zahlen beziehen sich auf die Seiten.)

Abderhalden, Emil 197, 209.
Abel, Theodora Mead 157.
Adlermann, T. D. 238.
Adlersberg, D. 204.
Aschhorn, August 245.
Albrecht, Kurt 192, 249, 250.
Alessio, Francesco 144.
Allen, Clyde I. 218.
Alsberg, Max 239.
Amaghino, Arturo 229.
Andrew, M. P. 177.
Appelbaum, Emanuel 174.
Arkin-Deitell, M. 184.
Arnius-Kappers, C. U. 131.
Arwidski, R. 224.
Atwell, Wayne J. 198.
Aub, Joseph C. 216.
Aussmann, K. J. 140.
Bachmann, G. 198.
Bachmanow, Leo 136.
Baer, L. 139.
Baer, G. 248.
Bartlett, F. C. 153.
Baumgartner, Paul 168.
Beauchamp, L. 142.
Becher, Hans 188.
Bing, G. R. de 198.
Bisbey, José C. 238.
Blaschek, Ladislaus 228.
Boenheim, Harry 207.
Bonin, R. 233.
Bonvicini, Vittorio 158.
Bonvecchiati, Ezio 184.
Borchardt, Bernhard 136.
Borghinz, Guido 177.
Bramley-Hill, Owen 245.
Brugia, Carlo 168.
Buscaino, E. 211.
— H. 211.
Binder 247.
Birnbaum 243.
Bleuler, E. 236.
Bloise, Nicolás Leone 223.
Blümel, Rudolf 240.
Bodkin, H. A. 237.
Böhmig, Wolfgang 191.
Bogaert, Ludo van 175, 189, 199, 214.
Bolten, G. C. 191.
Bond, Earl D. 165.
Boothby, Walter M. 204.
Borries, G. V. Th. 146.
Bossert, Otto 211.
Bostroem, August 178.
Bouman, L. 174.
Bourdon, B. 152.
Bourguignon, Georges 211.
Bouvier, M. 244.
Bracken, Helmut von 151.
Brehmer, Fritz 153.
Bremer, Frédéric 137.
Brighenti, Giovanni 178.
Brooke, Margaret C. 157.
Brucke, K. 172.
Brugi, Antonio 169.
Burch, Frank E. 236.
Burill 195.
Bychowski, Gustav 235.
Campbell, J. Argyll 210.
Cassity, John Holland 226.
Cesari, Gastone 199.
Charpentier, P.-L.-J. 226.
Child, C. M. 131.
Cioni, Gastone 238.
Claude, F. 207.
—, Henri 226.
Cole, W. C. C. 189.
Collin, Remy 198.
Coppola, Alfredo 160.
Cornil, Lucien 209.
Corning, H. K. 129.
Cossa 166.
Covone, Roberto 169.
Crawford, A. S. 189.
Creutzfeldt, Hans Gerhard 141, 250.
Culucci 248.
Dahlström, Sigurd 247.
Danilewskaja, E. D. 196.
Danulescu, C. 180.
David, Erich 230.
Davidović, S. 219.
Davidson, Edward C. 218.
Decker, Henry B. 172.
Delbeke, R. 199, 214.
Dennis, Frank L. 195.
De Paoli, Mario 229.
Dercum, Francis X. 136.
Desruelles, M. 244.
De Stermich, Silvio 198.
Detwiler, S. R. 140.
Dittler, R. 148.
Dohlman, Gösta 186.
Drever, James 152.
Dreyfus-Jée 171.
Dubruille 228.
Dujardin, B. 223.
Dunn, A. D. 199.
Easterbrook, C. C. 164, 165.
Eicken, Carl van 164.
Fairhall, Lawrence T. 216.
Faltitscheck, J. 195.
Fenton, Norman 236.
Fischer, Max 242.
Florio Armando 132.
Foix, Ch. 180.
Forster, E. 224.
Francke 238.
Freund, C. S. 180.
Freydank, Walter 200.
Fujita, Uniroku 149.
Fulton, J. F. 139.
Galant, Johann Susmann 241.
Gamble, C. J. 175.
Garofeanu, M. 172.
Garrett, H. E. 240.
Gaw, Frances 154.
Gellhorn, Ernst 209.
Georgi, F. 173, 220.
Gerster, Karl W. 235.
Giese, Fritz 160.
Gmelin, E. 208.
Goldhammer, Karl 188.
Gordon, Alfred 233.
Graves, T. C. 166.
Grinstein, A. 194.
Grosz, Karl 192.
Guarini, C. 185.
Gucci, Giuseppe 182.
Guiraud, P. 166.
Gumpert, Martin 215.
Guttmacher, Alan F. 206.
Haller, Marguerite 221.
Hallidap, James L. 176.
Hamilton, G. V. 160.
Hansen, Klaus 148.
Harbitz, Francis 232.
Hegner, Tom 227.
Heinlein, H. 206.
Hellstern, Erwin P. 238.
Henneberg 250, 251, 252.
Henyer, G. 247.
Héraux 212.
Herman, Eufemjuß 221.
Herrmann, G. 194.

Digitized by Google

Hess, Leo 195.
Hill, A. V. 150.
Hochenbichler, Adolf 217.
Höglund, Gustaf 216.
Hoff, Hans 232.
Horváth, Béla 171.
Huguenin 212.
Hunziker 231.
Hutt, R. B. W. 155.
Jackson, Henry, W. 174.
Jacobsen, Sigval 247.
Jacobsohn-Lask 250.
Jahnel 258.
Jánossy, Julius 171.
Janzen, Ernst 174.
Jarkowski, J. 179.
Jenny, Ed. 196.
Johnstone, E. R. 221.
Jülich, W. 195.
Iwanow-Smolensky, A. G. 232.
Izzo, Roque 207.
Karbe, M. 147.
Kastan 235.
Keegan, J. Jay 199.
Keim, Harther L. 214.
Kern, Maximilian 197.
Kersten, H. E. 230.
Knaggs, R. Lawford 212.
Knauer 199.
Knowles, Frank C. 172.
Kobylinsky, M. 240.
Kolmer, W. 135.
Kompanejetz, S. 187.
Koppányi, Theodore 140.
Korst, L. 176.
Kowitz, H. 208.
Kraepelin 253.
Krahmer, W. 185.
Kramer 249.
Kraus, Walter M. 135, 178.
Krebs, Hans Adolf 172.
Krey, H. 143.
Kronfeld, Arthur 241.
Küstner, Heinz 243.
Kutamanoff, P. 135.
Lachtin, M. 235.
Lambranzi, R. 179.
Lange, Johannes 232, 253.
Langstein, L. 161.
Laudenheimer, R. 159.
Layani, Fernand 173.
Lazar, N. 172.
Leisse, Otto 145.
Leiva, Carlos 215.
Lematte, L. 142.
Léri, André 173.
Leriche, René 218.
Leschtschenko, G. D. 178.
Lesné, E. 210.
Levi-Bianchini, M. 237.
Levi-Valensi 181.
Lévy-Valensi, J. 167, 225.
Lewin, Philip 213.
Lewis, Nolan D. C. 236.
Leyberg, J. 216.
Lhermitte, Jean 185.
Lickint, Fritz 231.
Liddell, E. G. T. 139.
Liebner, Ernö 196.
Lilienstein 235.
Lillie, Walter I. 183.
Lippmann, Werner 156.
Löhr, Hanns 200.
Loevenhart, A. S. 215.
Logan, H. P. 188.
Lorenz, W. F. 215.
Lubosch, Wilhelm 129.
Lucien, M. 202.
Ludy, John B. 172.
Lund, Frederick Hansen 153.
Lundahl, Nils 248.
Luntz, R. 170.
Lyon-Caen, Louis 148.
Lythgoe, R. J. 150.
Lyttle, John D. 170.
Ma, Wen-Chao 141.
Macbride, Henry J. 191.
Mackenzie, George W. 186.
MacLeod, Sidney B. 218.
Magnus 173.
Marcinowski, J. 237.
Marcus, Henry 159.
Marinescu, G. 222.
Markov, G. I. 196.
Matzdorff, Paul 221.
Maus, J. P. 189.
May, Raoul M. 140.
Mazaćová, Anna 229.
Meek, Walter J. 139.
Meurman, Y. 186.
Mikulowski, W. 186.
Milani, Guido 213.
Minea, I. 141, 228.
Minot, A. S. 216.
Mira, E. 240.
Mo, Arturo 231.
Möckel, W. 242.
Mönkemöller 234, 243.
Mogilnicki, T. 170.
Molin de Teyssieu 188.
Monjé, Manfred 145.
Montgomery, J. C. 189.
Moorhouse, V. H. K. 140.
Mosgowoi, P. 225.
Mott, Frederiek W. 165, 241.
Münch, H. 173.
Muller, G. P. 175.
Naccarati, Sante 240.
Naunyn, B. 155.
Naville, F. 242.
Nayrac 228.
Neal, Josephine B. 174.
Neiding, M. 184.
Neißer, M. 164.
Neubürger 254, 255.
Nicolaysen, Lyder 170.
Nielsen, Johannes M. 219.
Niessl v. Mayendorf 252.
Noël, R. 135.
Noica 180.
Noorden, C. von 161.
Novotný, Antonín 145.
Nukariya, Seiichi 206.
Nylen, C. O. 184.
Nyssen, R. 175, 189.
Oberndorfer 255.
Ohara, Toshio 208.
Olivier, Henri 212.
Olmsted, J. M. D. 188.
Oppikofer, E. 237.
Orlof, P. 196.
Orton, Samuel T. 181.
Oseretzky, N. 239.
Osnato, Michael 236.
Ostrowski, M. 224.
Ottonello, Paolo 200.
Paasche, Karl 177.
Parisot, J. 202.
Paso, Juan Roberto 169.
Pearcy, J. Frank 140.
Pende, M. 197.
Pentman, I. 174.
Pepper, O. H. Perry 175.
Pereira, J. R. 150.
Peters, W. 151.
Petrén, Alfred 247.
Petrov, A. 214.
Pettinari, Vittorio 206.
Pfersdorff, Ch. 164.
Pines, J.-L. Ja. 198.
Pirquet, C. 161.
Placzek 239.
Pollitzer, Hanns 204.
Popow, N. A. 188.
Porak, René 208.
Porges, O. 204.
Prusciano, F. 204.
Rabinowitsch, A. 185.
Raimondi, Alejandro A. 229.
Ramsay, J. C. 225.
Rathery, F. 171.
Rawitz, Bernhard 184.
Rees, John R. 155.
Reese, H. H. 215.
Reiche, A. 169.
Reiser, Oliver L. 159.
Reisinger, Erich 131.
Reznikoff, Paul 216.
Richard, G. 202.
Richter, Curt P. 206.
Riese, Walther 132.
Rijnberk, G. van 137.
Roasenda, J. 147.
Römer, A. G. 157.
Rogoff, J. M. 209.
Rojas, Nerio 233.
Root, W. T. 156.
Rothmann, Hans 200.
Rubenthaler 188.
Rudolf, G. de M. 225.
Sahlgren, Ernst 159.
Sainton, Paul 210.
Saleur, H. 207.
Salvatore, Domenico 198.
Samejima, Keinosuke 144.
Sandiford, Irene 204.
—, Kathleen 204.
Schacherl, Max 192.
Schaefer, Rudolf 172.
Scheinmann, Alexander 195.
Scheipner, G. 197.
Schilder, Paul 232.
Schindler, Walter 234.
Schittenhelm, A. 161.
Schoen, Max 153.
Schükry, Ichsan 223, 228.
Schüller, Arthur 138.
Schuhmacher, W. 223.
Schulte, Rob. 151.
Schwarz, Hanns 226.
Seidler, Erich 237.
Sergent, Emile 205.
Shephard, John Hunt 208.
Sicco, Antonio 223.
Skalweit, W. 225.
Slight, David 159.
Slosse, Jean 204.
Specht, Richard 190.
Spielmeyer, W. 191.
Ssobolewskaja, R. 225.
Stecher, Leo, 142.
Steinach, E. 206.
Sterling, Wladyslaw 222.
Stewart, G. N. 209.
Stier, Ewald 219.
Stockmeyer, Karl M. 198.
Stolz, Ernst 204.
Strecker, E. A. 183.
Strughold, Hubert 147, 148.
Stuart jr., Daniel D. W. 168.
Szenes, Alfred 142.
Szuman, Stefan 222.
Taft, A. E. 183.
Teleky, L. 163.
Terman, Lewis M. 154.
Thompson, Chester Q. 199.
Timmer, A. P. 228.
Tokarski, Karol 196.
Tolman, Edward Chace 161.
Tomb, J. W. 155.
Traikin 195.
Traum, Egbert 183.
Travis, Lee Edward 227.
Trémolières, F. 212.
Trömmer 175.
Tschirkin, Nikolas 198.
Tsukamoto, Eishichiro 201.
Turner, Henry 198.
Turpin, R. 210.
Tuttle, W. W. 149.
Tyczka, W. 185.
Vidoni, G. 240.
Viets, Henry R. 213.
Vignes, Henri 209.
Vivaldo, Juan Carlos 222.
Vogt, Ragnar 232.
Vollmer, Hermann 220.
Waele, H. de 148.
Wagner-Jauregg, J. 201.
Waldorp, Carlos P. 185.
Wang, Ging H. 206.
Weber, Klement 164.
Weidner, E. 177.
Weil, Arthur 178.
Wernstedt, Wilh. 211.
Wertheimer, Pierre 218.
Wetzel, Richard 157.
Wiersma, D. 233.
Wiesel, J. 203.
Wiesner, B. P. 206.
Wilcox, Herbert B. 170.
Wilder, Josef 178.
Wildermuth, Hans 220.
Wile, Udo J. 214.
Wilson, George 189.
—, S. A. Kinnier 191.
Wimmer, August 229.
Winkelmayer, Franz 248.
Winokurow, S. J. 142.
Witte, F. 228.
Wodak, E. 188, 194.
Wohlwill 178.
Wolfsohn, Julian Mast 211.
Wolpert 252.
Wood, D. J. 183.
Wulffen, Erich 156.
Wwedenskij, V. 230.
Wyss, Oscar 149.
Yano, Kenji 185.
Zacharjevskaja, N. 214.
Zillig, Maria 157.
Zingerle, H. 176.

Inhaltsverzeichnis siehe III. Umschlagseite

Digitized by Google

Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.
Band XLIII, Heft 3/4 S. 129—256

Referate.

Normale und pathologische Anatomie.

● **Lubosch, Wilhelm: Grundriß der wissenschaftlichen Anatomie. Zum Gebrauch neben jedem Lehrbuch der Anatomie, für Studierende und Ärzte.** Leipzig: Georg Thieme 1925. VIII, 292 S. G.-M. 18.—.

Dieses Buch ist aus dem Wunsche heraus geschrieben, die anatomische Ausbildung der Studenten zu „vergeistigen": Die menschliche Anatomie mache darin eine Ausnahme von anderen medizinischen Disziplinen, daß der Stoff selbst den Unterricht beherrsche und die wissenschaftlichen Fragen, speziell die Probleme der Zusammenhänge zu kurz kommen. Man darf wohl von diesem Buche sagen, daß es dem Verf. trefflich gelungen ist, seine Leser in eine solche vergeistigte wissenschaftliche Anatomie einzuführen, und man nimmt dieses Buch immer wieder gerne zur Hand, wo man über diese oder jene, sonst nur als nackte Tatsache behandelte Sache sich zusammenhängend orientieren will. Es ist in einem für den Psychiater und Neurologen bestimmten Referierblatte nicht Raum, eine ins Einzelne gehende Besprechung dieses anatomischen Buches zu geben. Aus der Gliederung des Stoffes erwähne ich nur, daß ein allgemeiner Abschnitt das Lebendige, sein Wesen und seine Beurteilung behandelt, und daß daran eine allgemeine Morphologie und Ätiologie erörtert wird. In dem speziellen Abschnitt wird die Morphologie und die Morphogenese des Menschen, die Histomorphologie, die Cytomorphologie und die Leptonomorphologie besprochen. *Sp.*

● **Corning, H. K.: Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen. 2. Aufl.** München: J. F. Bergmann 1925. XI, 696 S. geb. G.-M. 36.—.

Cornings Lehrbuch der menschlichen Entwicklungsgeschichte, das er 1921 zum ersten Mal herausgebracht hatte, ist jetzt in 2. Auflage erschienen und enthält mehrere Ergänzungen, neue Abbildungen bzw. Ersatz einiger veralteter Bilder. Um die Zeichnungen hat sich wieder Herr Dreßler verdient gemacht, Prof. Ludwig um die Revision des Textes. Der reichhaltige Inhalt, über den im Rahmen eines Berichtes leider nicht so ausführlich diskutiert werden kann, wie seiner Bedeutung entspricht, gliedert sich in folgende Kapitel: Nach einer kurzen Einleitung, die den Beziehungen der Embryologie zur Phylogenie gewidmet ist, folgt eine ausführliche Schilderung der Vermehrung tierischer Organismen (Geschlechtsprodukte und deren Entstehung: Sperma, Bau der Spermien, ihre Biologie und Genese sowie Histogenese, Ovum und Oogenese, Eierstocksei des Menschen und der Säugetiere, verschiedene Typen von Wirbeltiereiern, Vergleich der Spermio- und Oogenese, Reifung der Geschlechtsprodukte, Dotterbildung, mehrkernige Eier, Bildung mehrerer Eier in einem Follikel, Geschlechtsbestimmung), Befruchtung (Morphologie, Ort und Bedingungen, Bedeutung des Befruchtungsprozesses, Polyspermie), Entwicklungsvorgänge im allgemeinen (Furchung: indirekte Kernteilung, Furchung bei Amphioxus, Amphibien, Sauropsiden, Säugetieren, innere Furchungsvorgänge, Wert der einzelnen Furchungszellen), Gastrulation und Keimblätterbildung bei den einzelnen Vertebratenklassen, Bildung des Mesoderms, Bedeutung und Theorie der Gastrulation, frühe Differenzierungsvorgänge an den 3 Keimblättern, Abschnürung des Embryos und Bildung der äußeren Körperform (Embryonen aus dem 2. und 3. Monat und später, Formentwicklung der Hände, Füße, des Gesichts, Altersbestimmung, Bildung der Mund- und Afteröffnung, Schlundbogen und Kiemendarm); Bildung der Eihüllen bei Sauropsiden,

Digitized by Google

Säugern und Menschen, Beziehungen zwischen Mutter und Frucht, Placentarbildung, Menstruation, Ovulation, Corpus luteum, Ort der Befruchtung, Decidua, Verbindung zwischen Ei und Uteruswandung in den verschiedenen Gravidiätsperioden, Form und Struktur der reifen Placenta und der Eihüllen, Fruchtwasser, Nabelschnur, Graviditas extrauterina, Placenta bei Zwillings- und Drillingsschwangerschaften, Lage des Fetus in utero, Eihüllen und Placenta während der Geburt. C. geht dann über zur Beschreibung der Skelettentwicklung (Knochenbildung und Knochenwachstum, Achsenskelett, Varietäten der Wirbelsäule, Rippen, Sternum, Kopfskelett, histogenetische Differenzierung des Schädels, Gehirnschädel und Sinneskapseln, Primordialschädelreste beim Erwachsenen, Verknöcherung des Schädels im einzelnen, Bindegewebsknochen des Schädels, Gesichtsknochen, Visceralskelett, Schädelwachstum, Wirbeltheorie des Schädels, Extremitätenskelett, Becken, Polydaktylie, Syndaktylie und Oligodaktylie, Gelenke). Es folgt die Entwicklung der Muskulatur (somatische Muskulatur mit Rumpf- und Extremitätenmuskeln, Variationen, die viscerale und die Kopfmuskulatur; Augen und Zungenmuskeln,) des Darmsystems (Abgrenzung einzelner Abschnitte, Kopfdarm, primitive Mundhöhle, Gesicht, Gaumenbildung, Lippen und Vestibulum oris, Mißbildungen im Bereiche des Gesichtes, Zahnentwicklung, Kiemendarm: Kiemenfurchen und Schlundtaschen, Zunge, Speicheldrüsen, Thyreoidea, Thymus, Epithelkörperchen; respiratorischer Apparat: Larynx, Lungen; Tubus digestorius: Oesophagus, Magen, Darm, Leber, Pankreas, Lageanomalien der Eingeweide, Gefäßsystem (Gefäßendothel und Blut, Mechanik der Gefäßbildung, Entwicklung der Herzensbildung, der Herzsepten und ihrer Mechanik, der Herzklappen, der Herzwandungen, und des Reizleitungssystems, des Perikards, Mißbildungen des Herzens, vergleichende Herzanatomie, arterielles und venöses Gefäßsystem, fetaler Blutkreislauf, Lymphgefäßsystem, Topographie, Diaphragma); Urogenitalsystem (Exkretionssystem: Allgemeines, Pronephros, Mesonephros, Metanephros, Mißbildungen der Nieren, Müllerscher Gang, Zusammenfassendes; Keimdrüsen und innere Geschlechtsorgane: Ovarium, Hoden, Ausführwege, Sinus urogenitalis und Harnblase, äußere Geschlechtsorgane, Damm, Mißbildungen, Nebennieren und chromaffines System, akzessorische Nebennieren, Hermaphroditismus verus et spurius). Nervensystem (früheste Entwicklung, Histogenese, caudale Körperpartie, Rückenmarkmißbildungen, Gehirnentwicklung: Median- und Lateralzonen, Rhombencephalon, Mesencephalon, Prosencephalon, Corpus pineale, Hypophysis, Telencephalon, Commissuren, Balken, Rhinencephalon, Plexus chorioidei, Oberflächenrelief des Palliums; peripheres Nervensystem: Histogenese, Nervenplexus, sympathisches Nervensystem, Hirnnerven, Schlundbogennerven), Sinnesorgane (Auge, Gehörorgan mit den Mißbildungen beider Organe, Geruchsorgan), Integument mit Epidermis, Corium, Haaren, Hautdrüsen, Mamma, Nägeln. In einem Anhange behandelt C. noch die organbildenden Substanzen im allgemeinen und speziell die Polarität der Zelle, die Struktur des Eies, die Lokalisation organbildender Substanzen im Ei, Lokalisation während der Furchung, Mechanik und Bedeutung der Gastrulation, einzelne Organanlagen und ihre Differenzierung, Mißbildungen und Variationen, Abschnürung der Embryos vom Keime, schließlich die Teilungsvorgänge im Organismus (allgemeines, eineiige Zwillinge und Drillinge, Doppelmonstra, Duplicitas anterior und posterior, parasitäre Doppelbildungen und zuletzt die Teratome). Ein Autoren- und Sachregister schließt das vortrefflich geschriebene Werk, dem in der deutschen ontogenetischen Literatur ein Ehrenplatz gebührt. Für den Kossmannschen Atlas der Entwicklungsgeschichte des Menschen schafft es erst das rechte Verständnis. Die Ausstattung ist ausgezeichnet, der Preis verhältnismäßig gering. Wenn der Ref. einen Wunsch für die voraussichtlich in kurzer Zeit folgende 3. Auflage aussprechen darf, so ist es der, daß den neueren Anschauungen über Kopfbildung, Genese des Kiemenapparates, Entwicklung der Hirnnerven (Plakoden u. a.) ein wenig mehr Raum gewährt und auch das Literaturverzeichnis nach dieser Richtung hin ergänzt wird. *Wallenberg* (Danzig).

Digitized by Google

Child, C. M.: The physiological significance of the cephalocaudal differential in vertebrate development. (Die physiologische Bedeutung der cephalocaudalen Differenzierung für die Entwicklung der Vertebraten.) (*Hull. zoöl. laborat., univ., Chicago.*) Anat. record Bd. **31**, Nr. 4, S. 369—383. 1925.

Child, dem wir bereits wichtige Arbeiten über die bei der Entwicklung der Vertebraten mitwirkenden Faktoren verdanken, versucht im vorliegenden Aufsatz die Ursachen für den cephalocaudalen Ablauf des Wachstums und der Differenzierung durch Annahme von „Gradienten" mit dominierenden und subordinierten Gebieten zu erklären und bekämpft die Ansicht von Kingsbury, der in diesem cephalocaudalen Fortschreiten lediglich den Ausdruck einer zeitlichen oder Altersdifferenz sieht, bedingt durch die Art des differentiellen Wachstums. Ch.s Ausführungen gipfeln in folgenden Thesen: 1. Die Bedeutung von „Gradienten" in der Entwicklung und Regeneration niederer Tiere kann experimentell bewiesen werden; und diese Versuche zeigen, daß es sich dabei nicht allein um mehr fundamentale Axialtypen unbekannter Natur, sondern um die physiologische Basis der Polarität und der Symmetrie handelt. 2. In bezug auf die „Gradienten" verhält sich die Entwicklung der Vertebraten weitgehend so wie die der Anneliden und besonders der Arthropoden. Bei Anneliden entsteht die sekundäre (caudale Ref.) aktive Region infolge eines gewissen Grades von physiologischer Isolierung und kann wohl zeitweise den größten Teil der Körperlänge beherrschen. Später erstreckt sich die Herrschaft des vorderen Körperendes caudalwärts, jedoch gibt es Annelidenarten, bei denen die hintere Region niemals vollständig dem Kopfende subordiniert ist. 3. Die Entwicklung der Vertebraten zeigt ebenfalls einen primären cephalocaudalen „Gradienten", die Entstehung einer sekundären aktiven Region, wie bei Anneliden als Folge eines gewissen Grades von physiologischer Isolierung, die Entwicklung eines sekundären caudocephalischen „Gradienten", die zeitweise Zugehörigkeit des größten Teils der Körperlänge zu diesem „Gradienten" und schließlich das Verschwinden der hinteren aktiven Region, die Ergänzung der Segmentbildung durch Ausdehnung der Herrschaft der Kopfregion in caudaler Richtung. 4. Physiologische „Gradienten" erscheinen von ausschlaggebender Bedeutung für die Einleitung regelrechter Reihen von Entwicklungsvorgängen in bestimmten Richtungen. Nach definitiver Ausbildung von Teilen längs einer Achse macht es wenig Unterschied, ob der betreffende „Gradient" noch weiter besteht oder nicht. Die „Gradienten" der ersten Entwicklungsstadien können sich komplizieren, verändern, ja völlig verschwinden in späteren Stadien. *Wallenberg* (Danzig).

● **Ariens Kappers, C. U.: Tabulae anatomo-comparativae.** (Vergleichend-anatomische Tafeln.) Amsterdam: Kosmos 1925. 20 $.

Die in dieser Mappe enthaltenen neun farbigen Tafeln bilden eine illustrative Ergänzung zu Ariens Kappers' großartigem Werk über die vergleichende Anatomie des Nervensystems der Wirbeltiere und des Menschen. Es war ein guter Gedanke dieses Gelehrten, solche Übersichtsbilder herauszubringen, die über die vergleichend anatomisch und entwicklungsgeschichtlich erkennbare Änderung der Fasersysteme und Zentren des Gehirns orientieren; sie sollen diese Dinge für Lehrzwecke leicht anschaulich machen. Von den neun Bildern, die durchschnittlich eine Größe von 80×110 cm besitzen, hat die Verlagsbuchhandlung für die Besprechung allerdings nur zwei eingesandt, nämlich eine Abbildung von Rana und eine von Varanus, an denen die verschiedenen Züge und Kerne recht übersichtlich hervortreten. Sie sollen auch in anderen Tafeln so markiert sein, daß zusammengehörige Verbindungen in der gleichen Art koloriert sind, daß man sich leicht eine Übersicht über ihre Entwicklung verschaffen kann. *Sp.*

Reisinger, Erich: Untersuchungen am Nervensystem der Bothrioplana semperi Braun. (Zugleich ein Beitrag zur Technik der vitalen Nervenfärbung und zur vergleichenden Anatomie des Plathelminthennervensystems.) (*Zool. Inst., Univ. Graz.*) Zeitschr.

Digitized by Google

f. wiss. Biol., Abt. A: Zeitschr. f. Morphol. u. Ökol. d. Tiere Bd. 5, H. 1, S. 119 bis 149. 1925.

Mit Hilfe einer von ihm etwas modifizierten Alizarinvitalfärbung (in Anlehnung an Westblad) hat Verf. das Nervensystem der genannten Turbellaria studiert und seine Morphologie dargestellt. Es ergibt sich als allgemeines Resultat, daß sich „das Nervensystem der Turbellarien und mithin aller Plathelminthen auf ein einfaches geometrisches Grundschema zurückführen läßt, auf das eines netzförmigen, rechtwinkligen Plexus, das Orthogon. Dieses Nervennetz liegt innen dem Hautmuskelschlauch an und steht mit einem zarten, unter der Basalmembran gelegenen, unregelmäßig gestalteten Hautnervenplexus in Verbindung. Verlagerung von Nervengewebe des Orthogons ins Innere des Körpers, wohl im Anschlusse an die Ausbildung des statischen Sinnesorgans, mögen zur Ausbildung des Endons geführt haben, das seine höchste Spezialisierung einerseits im Kapselhirn der Polycladen, andererseits in der Nervenplatte der Landplanarien findet." Dieses Schema will Verf. aber nicht im Sinne einer hypothetischen Urform aufgefaßt wissen, da über die Stammesgeschichte der Turbellarien nichts bekannt ist. Die Vitalfärbung ist nur zur Darstellung der gröberen Anatomie des Nervensystems benutzt, die feineren histologischen Elemente sind in der sorgfältigen Arbeit leider nicht berücksichtigt. *Hallervorden* (Landsberg a. d. Warthe).

Riese, Walther: Über die Stammganglien der Wale. Ein Beitrag zum Problem der Beziehung zwischen Ausbildung und Funktion eines Hirnteiles. (*Neurol. Inst., Univ. Frankfurt a. M.*) Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 32, H. 1/2, S. 21—28. 1925.

Die basalen Ganglien der Wale erwiesen sich gegenüber dem Cortex dieser Tiere relativ mächtig entwickelt, eine Tatsache, die übrigens schon früheren Autoren aufgefallen ist (Jelgersma, Spiegel) und auch schon von Jelgersma mit der höheren Ausbildung der Coordination bei diesen Tieren in Zusammenhang gebracht wurde. Nachdem aber, wie Riese selbst hervorhebt, auch andere Hirnteile bei den Walen eine besondere Entwicklung aufweisen (Kleinhirn!), könnte man recht wohl die lokomotorischen Fähigkeiten dieser Tiere vor allem mit der Entwicklung des Cerebellums in Zusammenhang bringen, an der besonderen Ausgestaltung des Vorderhirns könnten dagegen neben den lokomotorischen Fähigkeiten noch andere Faktoren teilhaben. R. meint, daß nicht nur die basalen Ganglien eine relative morphologische Überlegenheit über Cortex und subcorticales Mark aufweisen, sondern daß überhaupt der Cortex der Wale mit der Großhirnrinde anderer Säuger nicht verglichen werden könne. Dem Delphin fehlt einerseits die tiefengeschichtete, regionalvariable Rinde, andererseits tritt der Kleinhirn-Stammganglienapparat viel mächtiger hervor als beim Menschen. Auch der Defekt des Olfactorius vermag die Überentwicklung der Stammganglien nicht zu beeinflussen.

E. Spiegel (Wien).

Florio, Armando: I nervi motori oculari in Lacerta viridis. (Ricerche istologiche e anatomo-microscopiche.) (Die motorischen Augennerven bei Lacerta viridis (histologische und mikroskopisch-anatomische Untersuchungen.) (*Istit. di istol. e fisiol. gen., univ., Napoli.*) Neurologica Jg. 42, Nr. 3, S. 162—191 u. Nr. 4, S. 219—253. 1925.

Florio hat bei 7 erwachsenen Exemplaren von Lacerta viridis die Augenmuskelkerne untersucht und das Ergebnis dieser Untersuchung in einer inhaltsreichen Monographie niedergelegt, die gleichzeitig eine eingehende Darstellung der einschlägigen Literatur über die Augenmuskelkerne aller Vertebratenklassen bringt. F. benutzte zu seinen Studien eine Horizontalserie nach Sublimatfixation und Hämalaun-Eosinfärbung, eine Frontalserie mit gleicher Behandlung, je eine Horizontal-, Frontal- und Sagittalserie, die nach Cajal mit Vorbehandlung in Ammoniakalkohol gefärbt waren, eine Sagittalserie mit Sublimatfixation und Hämatoxylin-Phosphormolybdänsäurefärbung, schließlich eine Frontalserie, die nach Fixation in der von Maximow modifizierten Zenkerlösung mit Hämatoxylin-Phosphormolybdänsäure behandelt wurde. Eine eingehende Schilderung der reichhaltigen Resultate verbietet der zur Verfügung stehende Raum. Der Ref. muß sich daher auf die Mitteilung der wichtigsten Ergebnisse beschränken. I. Abducens: Lacerta viridis besitzt außer dem Hauptkern des VI-Nerven noch einen Nebenkern, der dem von Terni bei Gongylus und von Beccari bei Lacerta muralis beschriebenen entspricht. Die von Kappers und De Lange betonte Frontalwanderung des Hauptkerns ist deutlich. Es lassen sich

Digitized by Google

an ihm eine kleinzellige, mediale Abteilung (kleinzelliger VI-Kern Clarke, Nucleus funiculi teretis Mingazzini, Medialzellen Sachs, Ventrikelbodenanteil Fuse) und eine großzellige laterale (Nucleo situato al disotto del genu cerebrale nervi facialis Mingazzini, portio magnicellularis Kappers, Retikularisanteil Fuse) unterscheiden. Zu den großen Retikulariszellen scheint der VI-Nerv keine Beziehungen zu besitzen. Gekreuzte Wurzelfasern sind nicht nachweisbar. Die bekannten Verbindungen mit dem gleichseitigen Deiterskern wurden bestätigt, wahrscheinlich sind auch Faserbeziehungen zum Fasciculuslongitudinalis posterior, dagegen gelang es F. nicht Verbindungsfasern zwischen dem Tectum opticum und dem Abducenskern darzustellen, wenn auch ihr Vorhandensein nicht auszuschließen ist. Der Trochleariskern zeigt wie der Abducenskern die bekannte frontale Verlagerung mit der weit caudaler gelegenen Wurzelkreuzung, er liegt dem III-Kern eng an. Alle Fasern kreuzen. Enge Beziehungen zum III-Kern und zum Tectum opticum ließen sich nachweisen, auch ein Wurzelbündel des Trochlearis zum Okulomotoriusstamm (Bach). Der Okulomotoriuskern zeigt gute Entwicklung und Differenzierung. Er zerfällt in 1. einen dorsalen Abschnitt mit einem a) Nucl. medius dorsalis, der mittelgroße Zellen enthält (Kappers, De Lange, „Nucl. supero-intern." Urra), b) einem kleinzelligen Nucl. dorso-later. proximal. (oder posterior oder superior) wohl ein Homologon des Edinger-Westphalschen „Nucl. accessorius", c) einem großzelligen Nucl. dorso-lateral. distalis (oder anterior oder inferior) = „gruppo esterno" Cajal oder „Nucl. supero-extern." Urra; 2. in einen ventralen Abschnitt, der a) aus einem proximalen „Nucl. intermedius" (= Nucl. centralis" Perlia) und einem distalen, terminalen, halbmondförmigen „Nucl. ventral. propr." „Nucl. ventro-medial." (Kappers, De Lange besteht). Diesen verschiedenen Abteilungen des III-Kerns entsprechen höchst wahrscheinlich spezielle Funktionen. Die von Duval und Leborde beschriebene Verbindung des gleichnamigen Abducenskerns mit dem gekreuzten Oculomotoriuskern konnte bestätigt werden, ebenso die bekannten Beziehungen zum hinteren Längsbündel und, via Fasc. tectal. descend. medial., mit dem Tectum opticum, aber nicht die anderen von früheren Autoren beschriebenen. *Wallenberg* (Danzig).

Goldhammer, Karl, und Arthur Schüller: Die Varietäten der Sella turcica. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, H. 6, S. 894—900. 1925.

Die am Profilbilde der Sella turcica häufig erkennbaren Knochenspangen lassen sich als verknöcherte Duraligamente auffassen, die einerseits die gleichseitigen Klinoidfortsätze untereinander und andererseits die Pyramidenkante mit den gleichseitigen Klinoidfortsätzen verbinden. Diese Ligamente sind schon bei jungen Embryonen als dichtere Stränge nachweisbar. Eine pathologische Bedeutung kommt diesen Knochenspangen nicht zu. Sie sind vielmehr als Varietäten zu betrachten. Eine eigenartige Bildung stellt das Dorsum elongatum dar; es dürfte aus dem beim Embryo in der Verlängerung des Dorsum sellae nach aufwärts ziehenden Durabalken ableitbar sein. *A. Schüller* (Wien).

Traum, Egbert: Beiträge zur Innervation der Dura mater cerebri. (*Anat. Inst., Univ. Würzburg.*) Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 1: Zeitschr. f. Anat. u. Entwicklungsgesch. Bd. **77**, H. 3/4, S. 488—492. 1925.

Zur Untersuchung der Endigung der Nervenfasern in der Dura verarbeitet Verf. das 48 Stunden in Formol fixierte und dann flachgeschnittene Organ, nach verschiedenen Modifikationen der Bielschowskyschen Silberimprägnation. Er kommt zu folgendem Ergebnis: Der Nervenreichtum der Dura nimmt analog den Verhältnissen in der Pia von der Schädelbasis zur Konvexität hin ab. Der größte Reichtum an Nerven findet sich im Gebiet der Arteria meningea media, demnächst im Tentorium cerebelli. Gefäß- und Eigennerven werden unterschieden, wenn auch Gefäßnerven in die Dura übertreten und umgekehrt. Bei den Gefäßnerven begleiten zunächst dicke Faserbündel längs verlaufend die Arterien, um durch dichotomische Teilung allmählich ent-

Digitized by Google

sprechend der Volumenabnahme des Gefäßes auch an Faserzahl abzunehmen. Von den Nervenfasersträngen zweigen meist 5—10 Fasern ab, die meist quer über die Gefäßwand verlaufend, um in den auf der anderen Seite der Arterie längsverlaufenden Strang überzugehen. Ein geringerer Teil der Fasern scheint auf der Gefäßwand selbst zu endigen, indem sich von dem querverlaufenden Strange wiederum äußerst feine Fasern abspalten und baumförmig auf der Gefäßwand verzweigen. Spezifische Endpräparate (wie von *Stöhr* bei Piagefäßen dargestellt) wurden ebensowenig wie Ganglienzellen in der Gefäßwand gefunden, wofür Verf. aber die technisch noch unvollkommene Methode verantwortlich macht. Nervenplexusbildungen in der Dura sind selten. Leichter war die Feststellung der Endigungen der Eigennerven in Form sog. Nervenendbäumchen. Die in den Abb. illustrierten knöpfchenförmigen Anschwellungen an den feinsten Ästen sind nach Verf. die Endapparate. Die zuführenden Fasern sind markhaltig. Ihre Äste verlieren kurz vor der ersten Verzweigung ihre Markscheide, um sich zuerst in gröbere, schließlich in feinste marklose Fasern aufzusplittern. Über die Funktion meint Verf., daß sicherlich ein Teil der an das Gefäß gehenden Fasern auch diese versorgt, zum größten Teil als Vasomotoren, neben dem kleineren Teil, der die Gefäße sensibel versorge. Die Endigungen der Nerv. proprii würden zweifellos Organe des schmerzempfindenden Apparates sein. „Nicht ganz fernliegend wäre es schließlich noch anzunehmen, daß die Nervenendigungen der Dura ähnlich denen der Pia als sensible Endorgane für die Liquorregulation in Frage kämen."

B. Ostertag (Berlin-Buch.).

Rawitz, Bernhard: Zur Kenntnis der Architektonik der Großhirnrinde des Menschen und einiger Säugetiere. I. Die Hirnrinde des Menschen. (*Pathol. Museum, Univ. Berlin.*) Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 1: Zeitschr. f. Anat. u. Entwicklungsgesch. Bd. 77, H. 3/4, S. 389—418. 1925.

Die Untersuchungen erstrecken sich auf 5 Gebiete der menschlichen Großhirnrinde: den Gyrus frontalis superior, Gyrus centralis posterior, Gyrus occipitalis superior, ein Stück Großhirnrinde dicht hinter der Spitze des Großhirns, Spitze des Schläfenlappens. Eine genügende Abgrenzung der beschriebenen Stücke ist nicht ersichtlich. Der Verf. selbst hebt die Ergebnisse seiner Arbeit in folgenden Schlußsätzen hervor: „Die vorstehende, ins einzelne gehende Schilderung gibt nur disjecta membra. Um ein vollständiges Bild von der Architektonik der menschlichen Hirnrinde zu erlangen, müßten systematisch alle Hirnwindungen untersucht werden. Eine solche Arbeit überstiege aber nicht nur die Kraft eines einzelnen, sie wäre auch derartig geistig erschöpfend, daß das Interesse sehr bald erlahmen müßte. Aber auch so, gewissermaßen als Fragment, reicht die vorstehende Schilderung hin, um zu zeigen, daß unsere bisherige Auffassung von der Architektonik der Hirnrinde, wenn auch nicht vollkommen, falsch war, so doch in keiner Weise den Tatsachen vollständig entsprach. Das subpiale Nervennetz war als solches bisher nicht gewürdigt. Die Schicht der kleinen Pyramidenzellen, ihre unregelmäßige Gestaltung in den verschiedenen Hirnwindungen war nirgends richtig erkannt. Die intermediäre kleinzellige Schicht war als Pyramidenzellenschicht nicht gekannt. Die Tatsache, daß jeder Hirnteil einen vom anderen abweichenden Bau besitzt, wurde gar nicht beachtet. Und vor allem: Der an den Seiten und in den Buchten der Hirnwindungen vorhandene Zellwirrwarr war allen Autoren entgangen. Aus dem allen folgt, daß wir zur Zeit wenigstens noch nicht in der Lage sind, ein Schema vom Baue der Hirnrinde zu entwerfen. Und vielleicht ist auch die Schlußfolgerung zu ziehen, daß ein solches Schema überhaupt nicht aufgestellt werden kann. Die anatomische Verschiedenheit der einzelnen Hirnrindenpartien, der von den Windungshöhen gänzlich abweichende Bau der Seitenwände und der Buchten der Hirnwindungen kann physiologisch nicht bedeutungslos sein. Worin aber diese abweichende Bedeutung sich zeigt, d. h. wie die geistigen Leistungen sich auf das Gehirn verteilen, läßt sich durch eine einfache anatomische Untersuchung des normalen Baues nicht feststellen. Verschieden aber müssen die geistigen Leistungen der einzelnen Hirngegenden sein, denn das Geistige ist an das Körperliche als an seine morphotische Unterlage geknüpft. Hier haben Hirnphysiologie und Hirnpathologie das entscheidende Wort zu sprechen." Jedes Wort der Kritik ist in diesem Falle überflüssig. Die großen Arbeiten von Campbell, Brodmann, C. und O. Vogt, Rose und anderen, die die Cytoarchitektonik zu einem gewaltigen Gewissensgebiete gestaltet haben, sind an dem Verf. fast spurlos vorübergegangen; und wenn er seine eigenen Abbildungen mit denjenigen vergleicht, die der jetzt bei Springer erschienene große Atlas der Cytoarchitektonik von Economo und Koskinas bringt, dann wird er sich wohl selbst sagen müssen, daß seine Arbeit etwas zu spät gekommen ist.

Max Bielschowsky (Berlin).

Digitized by Google

Krahmer, W.: Ein myeloarchitektonischer Felderungsversuch. (*Kaiser Wilhelm-Inst. f. Hirnforsch. u. neuro-biol. Inst., Univ. Berlin.*) Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. **32**, H. 1/2, S. 89—92. 1925.

Es wurde an einem Gehirn die myeloarchitektonische Felderung der dorsalen Fläche der ersten Schläfenwindung darzustellen versucht, indem vom Schläfepol bis zum Übergang des Temporal- in den Parietallappen jeder 50. Schnitt sowohl in dem medialen und lateralen Ende des Schläfelappens als auch in allen an der Oberfläche gelegenen Furchen senkrecht nach oben auf ein Stück Papier projiziert wurde. Das in der beigegebenen Abbildung wiedergegebene Ergebnis (das leider nicht näher beschrieben erscheint, so daß daraus nicht zu ersehen ist, welchen myeloarchitektonischen Arealen die einzelnen Felder entsprechen) stimmt im wesentlichen mit früheren Resultaten von Beck überein, wie die beigegebene Figur aus dessen Arbeit zeigt. *E. Spiegel* (Wien).

Kolmer, W.: Über Polymorphismus (Amöboidismus?) der Kerne des Plexus chorioideus bei Selachiern. (*Physiol. Inst., Univ. Wien.*) Anat. Anz. Bd. **60**, Nr. 4, S. 104 bis 109. 1925.

Mallory hatte behauptet, daß ein Endothel der Dura nicht existiere, und daß die Dura nur aus Bindegewebsfibrillen und Fibroblasten bestehe. Kolmer prüfte diese Angabe an der Dura mehrerer Säuger nach und konnte ein dünnes Endothelhäutchen sich von der Arachnoidea auf die Dura fortsetzen sehen. Es ist stellenweise geschichtet und vom Arachnoideaendothel gut abzutrennen. *Wallenberg* (Danzig).

Kutamanoff, P.: Zur Frage der chirurgischen Anatomie des Nervus phrenicus am Halse. (In Beziehung zur Phrenicotomie.) (*Inst. d. operat. Chir. u. chir. Anat., med. Fak., Univ. Charkow.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **193**, H. 1/2, S. 29—43. 1925.

Der N. phrenicus ist öfter doppelt, manchmal dreifach, und jeder dieser Typen hat noch Varianten. Er anastomosiert mit verschiedenen Nerven. und kommt mit den Gefäßen öfter in engen Kontakt; manchmal umschlingt er sie. Am besten wird er durch einen eckigen Schnitt freigelegt, dessen vertikaler Teil vom Angulus mandibularis zur Mitte der Clavicula und dessen horizontaler Teil von der Mitte der Clavicula nach vorn verläuft. Die zweckmäßigste Operation am N. phrenicus ist die radikale Methode von Goetze. Um aber mit Sicherheit eine volle Lähmung des Zwerchfelles zu erzielen, muß man den einzelnen oder vielfachen N. phrenicus mit allen eventuellen Anastomosen einzeln aufsuchen und resezieren. *Toby Cohn* (Berlin).

Yano, Kenji: Zur Anatomie des Nervus phrenicus und Nebenphrenicus. (*Anat. Inst., Keio Univ., Tokyo.*) Folia anat. japon. Bd. **3**, H. 3, S. 95—106. 1925.

Deskriptiv-anatomische Details über Ursprung, Verlauf usw. des N. phrenicus und des Nebenphrenicus; letzterer geht meist vom N. subclavius oder selbständig vom N. cervicalis V aus. *Riese* (Frankfurt a. M.).

Lhermitte, Jean, and Walter M. Kraus: On the form of the anterior horn cells. (Über die Form der Zellen des Vorderhorns.) (*Laborat. of neuropathol., univ., Paris, a. laborat. of neuropathol., Montefiore hosp., New York.*) Anat. record Bd. **31**, Nr. 2, S. 123—129. 1925.

Verf. weisen darauf hin, daß die Vorderhornzellen auf Längsschnitten sehr langgestreckte Elemente darstellen und daß das übliche Querschnittsbild nur eine unvollkommene Anschauung gibt. Sie bilden instruktive Wachsmodelle, die nach Serienschnitten angefertigt worden sind, ab. *Josephy* (Hamburg).

Noël, R.: La structure de la substance protoplasmique dans les plaques motrices des vertébrés. (Der Bau des Protoplasma in den motorischen Endplatten der Wirbeltiere.) Bull. d'histol. Bd. **2**, Nr. 4, S. 124—133. 1925.

Noël hat die Muskelendplatten an den Zungenmuskeln der Katze mit Regauds Eisenhämatoxylinmethode studiert und konnte in der Umgebung der „Hauptkerne" Chondriosomenhaufen bis an die Grenzen der Platte darstellen, mit intensiver Eisenfärbung. An der Grenze gegen das Sarkoplasma der Muskelfaser sah er nun, daß diese Chondriosomen in ihrer Form Übergänge zeigten zu dem schwach gefärbten Sarkosomen der Muskelfaser. Unklar ist ihr Verhältnis zu den mit Bielschowskys Silberfärbung darstellbaren periterminalem Netzwerk der Muskelplatte. N. hält letzteres für ein Kunstprodukt, entstanden aus einer Veränderung der Chondriosomen durch die

Digitized by Google

Reagentien und stellt die Frage zur Diskussion, ob den Chondriosomen die Rolle einer Übertragung der nervösen Impulse auf das Sarkoplasma der Muskelfaser zukommt, oder inwiefern sie lediglich der „Ausarbeitung" von „Plasten" mit noch unbekanntem Charakter dienen, die so zahlreich im Protoplasma der Endplatte vorhanden sind und als Äquivalent der interstitiellen Körner des Sarkoplasma erscheinen. *Wallenberg.*

Bergglas, Bernhard: Über die Nerven in der Adventitia der Arterien. Anatomisches zur periarteriellen Sympathektomie. (*I. anat. Inst., Univ. Wien.*) Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 1: Zeitschr. f. Anat. u. Entwicklungsgesch. Bd. 77, H. 3/4, S. 481—487. 1925.

Im Gegensatz zu den Arbeiten, die vorwiegend auf histologischen oder experimentellen Beobachtungen basieren, hat der Verf. das Vorgehen der makroskopischen Präparation der Gefäßnervenfasern (mit der Präparierlupe) gewählt. An den systematisch untersuchten Gefäßnerven von Kopf, Hals, Brust- und Bauchhöhle, sowie Stammgefäßen der Extremitäten fand Verf. an den Arterien bis zum Kaliber der Arkaden letzter Ordnung (im Gekröse) ein in die tiefe Schicht der Adventitia eingebettetes Nervengeflecht. Dieses ist charakterisiert durch die netzartige Anordnung der Nervenfäden mit runden oder ovalen Maschen, nicht etwa eine spitzwinklige Teilung der Stämme. Die Nervenfasern sind makroskopisch neben der grauen Farbe durch eine gewisse Transparenz auffällig. Anatomisch-topographisch ist von praktischer Bedeutung, daß die Nerven für die Subclavia vom Ganglion cervicale inferius bzw. dem Sympaticusanteil, der knapp caudal vom Ganglion liegt, stammen. Meist tritt zu diesen unschwer darzustellenden 2—3 Fasern (Abb.) noch vor der Scalenuslücke eine der zahlreichen Vagus-Sympathicusanastomosen und im weiteren Verlaufe noch Äste der benachbarten Spinalnerven hinzu. Im Gegensatz zu der von den Chirurgen empfohlenen Sympathekomie der Carotis communis hält Verf. erst die an der Carotis interna oder externa für angezeigt, da er nachweisen konnte, daß die Hauptmenge dieser Gefäßnerven erst aus dem Ganglion cervicale supremum stammen, und eine Unterbrechung des gesamten Plexus an der Carotis communis nicht erwartet werden kann. Die bereits von einzelnen Chirurgen geforderte Enthülsung bis auf die Media ist anatomisch durchaus begründet, nur sei die Durchführung dadurch erschwert, daß die innerste straffe, glatte und durchscheinende, nervenführende Adventitiaschicht die nackte Media vortäuschen könne. Die Längsausdehnung periarterieller Sympathektomie sei weniger wichtig, da ihre Wirkung auf der Ausschaltung vasosensibler sympathischer Bahnen beruhe, die direkt vom Grenzstrange an die Gefäße treten und in deren periarterillem Geflecht an die Peripherie gelangen. Die periarterielle Sympathektomie wirkt durch Ausschaltung zentripetaler Reize, mit konsekutiver Herabsetzung des Vasoconstrictorentonus, denn die Vasomotoren gelangen auch segmental an die Gefäße in Abständen von 2 bis 3 cm heran. *B. Ostertag* (Berlin-Buch).

Balabanow, Leo: Über die Untersuchung der Nervenfasern und Zellen mittels Färbung derselben mit Methylenblau. (*Zahnärztl. Inst., Univ. Warschau.*) Zeitschr. f. wiss. Biol., Abt. B: Zeitschr. f. Zellforsch. u. mikroskop. Anat. Bd. 3, H. 1, S. 56—60. 1925.

Die Methylenblaufärbung der Nervenelemente nach Dogiel zeigt eine sehr schwache Stabilität, so daß sie bald nach dem Erscheinen wieder verschwindet. Verf. hat dieses Phänomen mit einer besonderen Technik, die im Original nachgelesen werden muß, untersucht. Er findet, daß in den Nervenelementen gewisse Zeit nach dem Tode eine Reaktion eintritt, durch die die Färbung ausgelöst wird, um dann durch eine weitere chemische Reaktion später wieder zu verschwinden. *Weimann* (Berlin).

Normale und pathologische Physiologie.

Dercum, Francis Ü.: The thalamus in the physiology and pathology of the mind. (Der Sehhügel in bezug auf die Physiologie und Pathologie der seelischen Funktionen.) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 14, Nr. 3, S. 289—302. 1925.

In den gegenseitigen funktionellen Beziehungen zwischen Thalamus opticus und Hirnrinde ist letztere unter normalen Bedingungen übergeordnet, während der erstere den Zutritt

Digitized by Google

afferenter Erregungen zum Cortex reguliert. Bei Krankheitszuständen hingegen ist die Hirnrinde diesbezüglich ganz vom Thalamus abhängig. Hinsichtlich der vegetativen Tätigkeit des Sehhügels wäre hervorzuheben, daß die thalamischen Kernverbände zweifellos von dem endokrinen System bewirkt werden und daß viele von ihnen auch tief in die Regulation des Stoffwechsels eingreifen; letztere liegen am Boden des Hypothalamus und beeinflussen sowohl die visceralen Ganglien wie auch deren gegenseitige Beziehungen untereinander. Es ist nur eine selbstverständliche Voraussetzung, daß die aus dieser Anordnung hervorgehenden Erregungsströme ihrerseits die Tätigkeit der Eingeweide und namentlich jener Drüsen beherrschen, die dem anabolischen und katabolischen Stoffumsatz vorstehen. *Dexler* (Prag).

Bremer, Frédéric: Recherches sur la physiologie du cervelet et considérations sur la physiopathologie du tonus musculaire. (Untersuchungen über die Physiologie des Kleinhirns und Betrachtungen über die Physiopathologie des Muskeltonus.) Journ. de neurol. et de psychiatrie Jg. **25**, Nr. 8, S. 520—524. 1925.

Gegen die Auffassung der Einheitlichkeit der Kleinhirnfunktion lassen sich nach Meinung des Verf. anatomische und physiologische Bedenken geltend machen: Die anatomischen leiten sich her aus der Tatsache, daß es im Cerebellum zwei verschiedene Endigungs- bzw. Ursprungsgebiete der das Kleinhirn erreichenden bzw. verlassenden Systeme gibt: ein bulbospinales Paläocerebellum und ein olivocerebrales Neocerebellum. Während nach Läsionen des Neocerebellum beim Säuger Hypotonie der willkürlichen Muskulatur auftritt, bewirken solche des Paläocerebellum Extensorenspasmen, Opisthotonus, Retropulsion. Das erregbare Gebiet der Kleinhirnrinde der Katze fällt zusammen mit dem Endigungsgebiet der spinocerebellaren Fasern im Lobus ant. Auch die Pyramis, welche ebenfalls Fasern dieses Systems empfängt, ist erregbar. Das gleiche gilt für den Lob. ant. der Taube. Bei beiden bewirken die Reizungen Herabsetzung des Tonus und der Reflexerregbarkeit der Halsmuskulatur, der Muskulatur des Stammes und der gleichseitigen Extremitäten, sowie eine Tonussteigerung der kontralateralen Extensoren. Entfernungen des Lob. ant. führen, besonders deutlich bei der Thalamuskatze, zu einer beträchtlichen Tonussteigerung der Extensoren. *Riese* (Frankfurt a. M.).

Rijnberk, G. van: Idées actuelles et derniers travaux concernant les fonctions du cervelet. (Aktuelle Gedanken und letzte Arbeiten, die Kleinhirnfunktion betreffend.) (*Laborat. de physiol., univ., Amsterdam.*) Arch. néerland. de physiol. de l'homme et des anim. Bd. **10**, H. 2, S. 155—182. 1925.

Eine zweite Arbeit v. Rijnberks beschäftigt sich speziell mit der Funktion des Kleinhirns. Auch sie kommt zunächst zu dem Ergebnis, daß die morphologische Betrachtung wenig Sicheres und Brauchbares für die Auffassung der Funktion des Cerebellums ergeben hat. Im besonderen ist die Anschauung, daß das Kleinhirn ein Zentrum des Gleichgewichtes ist, durch die anatomischen Tatsachen nicht erwiesen. Eine sorgfältige Betrachtung des ganzen Materiales über die Folgeerscheinungen bei experimenteller Läsion des Kleinhirnes (bei Reptilien, Vögeln, Säugern) sowie über die Folgen durch Krankheit erzeugter Schädigungen des Kleinhirnes beim Menschen ergibt, daß in den letzten 10 Jahren wenig Neues gefunden worden ist, daß uns über die Auffassung der Funktion des Kleinhirnes von Luciani hinausbrächte. All die vielfältigen Symptome bei Kleinhirnläsion lassen sich auf Veränderung der Tonusregulierung der quergestreiften Muskulatur zurückführen, die die Grundfunktion des Cerebellums darstellt. R. hebt hervor, daß er damit zu einem ähnlichen Resultate gekommen sei, wie Goldstein in einer Arbeit, die er selbst nicht mehr benutzen konnte, und die auch zu dem Ergebnis geführt hat, daß es sich beim Cerebellum weder um ein Zentrum der Koordination, noch ein Organ zur Erhaltung des Gleichgewichtes handelt und daß sich in ihm auch keine Zentren im Sinne der Bárányschen Richtungszentren finden. *K. Goldstein* (Frankfurt a. M.).°°

Rijnberk, G. van: Les dernières recherches relatives à la question de la localisation dans le cervelet: Anatomie, physiologie, clinique. (Letzte Untersuchungen über die Frage der Lokalisation im Kleinhirn: Anatomie, Physiologie, Klinik.) Arch. néerland. de physiol. de l'homme et des anim. Bd. **10**, H. 2, S. 183—301. 1925.

Rijnberk beginnt seine groß angelegte auf einer souveränen Beherrschung des

Digitized by Google

ganzen Tatsachenmaterials und auf reicher eigener Erfahrung fußende, zusammenfassende Erörterung der Frage der Lokalisation in der Kleinhirnrinde mit einer ausführlichen Besprechung der anatomischen Tatsachen. Nach der Anatomie stellt sich die Kleinhirnrinde als ein Mosaik dar, dessen Anordnung durch die afferenten Bahnen bestimmt wird. Lingula, Uvula, Nodulus und Flocculus sind die vestibulären Projektionsgebiete, die Lobuli 2, 3, 4, sowie der L. b und cl sind das Projektionsgebiet der spinal-somatischen Fasern. Der Lobus anso-tonsillo-paramedianus steht mit der Hauptolive in Beziehung, die hintere mittlere Wurmpartie mit den Nebenoliven. Die anatomische Betrachtung schließt mit dem Ergebnis, daß die Anatomie kein rechtes Bild von dem funktionellen Aufbau des Kleinhirnes geben kann. Dazu ist allein die experimentelle Forschung und vor allem die Beobachtung der Ausfälle am kleinhirnkranken Menschen geeignet. Die experimentelle Reizung ergibt allerdings auch kein wirklich sicheres Ergebnis. Es ist nie zu entscheiden, ob wir es mit Erscheinungen der Reizung der Rinde oder der subcorticalen Gebiete zu tun haben. Sicherere Resultate sind durch die Beobachtung der Operationsfolgen zu bekommen. Danach haben sich im allgemeinen die Anschauungen von Bolk bestätigt, deren erste experimentelle Verifizierung ja durch eigene Untersuchungen von R. gewonnen worden ist. Danach ist anzunehmen, daß es in der Kleinhirnrinde Zentren gibt, die den Tonus bestimmter Muskelgebiete vorzugsweise beeinflussen. Gesichert scheint ein Zentrum für die Halsmuskulatur im Lobus simplex., ein Zentrum für die homolaterale vordere Extremität im Crus I, für die hintere Extremität im Crus II. Alles übrige ist zweifelhaft, so die Ergebnisse von Rothmann über die Lokalisation der Muskeln des Kopfes, die Abgrenzung besonderer Gebiete für die Adduction und Abduction der Extremitäten durch Thomas und Durupt usw. Wahrscheinlich besteht aber doch eine spezielle Repräsentation funktionell zusammengehöriger Muskelgebiete der Glieder. Überblickt man das Gesamtresultat, das sich bei der kritischen Betrachtung der zahlreichen sorgfältigen Arbeiten, die sich mit der Frage der Lokalisation im Kleinhirn beschäftigt haben, ergibt, so kann dieses keineswegs als ein klares und gesichertes bezeichnet werden. Vor allem besteht eine recht große Diskrepanz zwischen den anatomischen, experimentellen und klinischen Feststellungen in den meisten Punkten. Es ist ein großes Verdienst R.s, diese Sachlage deutlich dargelegt und damit eine Grundlage für die Weiterarbeit gegeben zu haben. *K. Goldstein* (Frankfurt a. M.).°°

Olmsted, J. M. D., and H. P. Logan: Lesions in the cerebral cortex and extension rigidity in cats. (Läsionen der Großhirnrinde und Extensionsstarre bei der Katze.) (*Dep. of physiol., univ., Toronto.*) Americ. journ. of physiol. Bd. **72**, Nr. 3, S. 570—582. 1925.

Warner und Olmsted hatten in akuten Versuchen gefunden, daß Läsionen in der Umgebung der Rinde des Sulcus cruciatus bei der Katze Extensionsstarre in den Pfotenmuskeln zur Folge hat, bei einseitigen Läsionen hauptsächlich auf der gekreuzten Seite. Die Verff. haben jetzt die Untersuchung auf chronische, unter aseptischen Kautelen ausgeführte Versuche ausgedehnt. Nach einseitiger, ausgedehnter Zerstörung der Großhirnrinde um den Sulcus cruciatus herum zeigte das kontralaterale Hinterbein und bisweilen auch die kontralaterale Vorderpfote, wenn das Tier vertikal in die Luft gehalten oder auf seine Hinterteile gesetzt wurde, eine starke Streckung. Die ersten 2 Tage bestand meistens eine schlaffe Lähmung der beiden kontralateralen Extremitäten, die dann aber verschwand, während dann als bleibendes Symptom die erwähnte Streckstarre auftrat. Längste Beobachtungsdauer fast 4 Monate. Katzen mit einseitiger Zerstörung der Rinde unmittelbar um den lateralen Teil des Sulcus cruciatus herum, also der lateralen Teile des Gyrus sigmoideus anterior und posterior, zeigten nur eine vorübergehende schlaffe Lähmung der gegenüberliegenden Pfoten, nicht aber die Extensionsstarre, während diese isoliert vorhanden war nach Läsion der an der Medianspalte grenzenden Rinde um den Sulcus cruciatus herum und der sog. Area frontalis (Nomenklatur nach Winkler-Potters Atlas des Katzengehirns). Zerstörung der Area frontalis auf beiden Seiten ergab eine starke Streckstarre, die um so stärker war,

Digitized by Google

je ausgedehnter die Läsion der Frontalrinde; die doppelseitige Zerstörung des Gyrus sigmoideus anterior und posterior zeitigte nur eine vorübergehende Lähmung der Pfoten. Auf Grund von histologischen Kontrollen an Marchi- und Weigert-Pal-Präparaten meinen die Verff., daß die Fasern der Frontalrinde, deren Zerstörung also die Extensionsstarre hervorruft, in die Brücke enden, während die Läsion der Fasern der Sigmoidwindungen, aus der die vorübergehende Lähmung resultiert, als eine Degeneration in den cortico-spinalen Bahnen nachweisbar war. *Dusser de Barenne* (Utrecht).

Meek, Walter J., and A. S. Crawford: Some observations on decerebrate rigidity and plastic tonus after removal of the lumbar sympathetics. (Einige Beobachtungen über Enthirnungsstarre und plastischen Tonus nach Entfernung des Lendenteils des Sympathicus.) (*Dep. of physiol. a. surg., univ. of Wisconsin med. school. Madison.*) Americ. journ. of physiol. Bd. **74**, Nr. 2, S. 285—290. 1925.

Es wurden bei 9 Hunden die Verbindungen des Sympathicus vom 2. bis 6. Lumbalsegment auf der rechten Seite vom Rücken aus durchschnitten. In 3 anderen Experimenten wurde die Ganglienkette in der Lumbalregion mittels Bauchschnitt entfernt. Die Tiere überlebten die Operation 33—77 Tage. Ein Einfluß der Sympathicusentfernung war nicht festzustellen. Um nun festzustellen, ob der plastische Tonus durch den Sympathicus vermittelt wird, wurde eine Durchschneidung des Gehirns unterhalb des oberen Vierhügels vorgenommen. Bei allen Hunden ergab sich nach kurzer Zeit Enthirnungsstarre, und die Kniesehnenreflexe zeigten an beiden Hinterbeinen, sowohl am sympathektomierten als auch am gesunden, die typische Verkürzungsreaktion. Die autoptische Kontrolle zeigte die völlige Ausschaltung des operierten Sympathicusteils. Auf Grund dieser Experimente folgern die Verff., daß beim Hund der plastische Tonus nicht von der Sympathicusinnervation abhängt. *Leyser* (Gießen).

Ballif, L., J. F. Fulton and E. G. T. Liddell: Observations on spinal and decerebrate knee-jerks, with special reference to their inhibition by single break-shocks. (Untersuchungen über das Kniephänomen am spinalen und enthirnten Tier, mit spezieller Berücksichtigung seiner Hemmung durch Öffnungsinduktionsschläge.) (*Laborat. of physiol., univ., Oxford.*) Proc. of the roy. soc. Ser. B. Bd. **98**, Nr. B 693, S. 589—607. 1925.

Simultane Registrierung des Mechano- und Elektromyogramms mittels Sherringtons isometrischem Myographen und Saitengalvanometer des mechanisch ausgelösten Kniereflexes am enthirnten und spinalen Präparat der Katze. Ableitung der Ströme durch Ag-AgCl-Nadelelektroden. Es weist der Kniereflex am spinalen Präparat folgende Unterschiede gegenüber diesem Reflex am enthirnten Präparat auf: 1. Die Dauer des Reflexes ist am Rückenmarkstier 2—3 mal länger als am enthirnten Tier (80—130 σ gegenüber 43—60 σ). 2. In der Deccescente tritt beim letzteren Präparat, wenigstens bei gut ausgebildeter Starre, eine kleine Erhebung auf, wahrscheinlich myotatisch durch die plötzliche Dehnung des Muskels, im Sinne der Sherringtonschen Verkürzungsreaktion, ausgelöst. 3. Beim enthirnten Präparat ist die Latenzperiode des Reflexes 10—30% kürzer (6,6 σ im Mittel gegenüber 8,8 σ). 4. Die Reizschwelle für den Kniereflex ist beim enthirnten Präparat niedriger als am spinalen Präparat. 5. Das Intervall zwischen Aktionsstrom und Anfang des Mechanogramms ist in der Mehrzahl der Fälle beim spinalen Präparat größer als beim enthirnten Präparat, auch wenn der Muskel gedehnt ist. Die Hauptpunkte sind die sub 1. und 2. genannten Unterschiede. Für den Kniereflex beim enthirnten Präparat hatten die Verff. schon in einer vorhergehenden Mitteilung angenommen, daß er durch eine einzige, nicht ganz synchrone Entladung der betreffenden motorischen Neurone zustande kommt, für diesen Reflex am Rückenmarkspräparat führen sie mehrere Gründe an, aus denen sie schließen, daß die motorischen Neurone sich dabei sehr schnell einige Male hintereinander entladen, so daß demnach der „spinale" Kniereflex ein sehr kurzdauernder Tetanus wäre. Die Verff. schätzen die Frequenz der Entladung der individuellen motorischen Neurone zwischen 100 und 200 Impulse pro Sekunde. Es ist möglich, durch einen einzelnen Öffnungsinduktionsschlag an einem homolateralen afferenten

Digitized by Google

Nerven (Ischiadicus oder „Hamstring"-Nerv) den Kniereflex zu hemmen. Am spinalen Präparat steigt die Hemmungsdauer bis zu dem von den Verff. aufgefundenem Hemmungsmaximum von 2 Sekunden graduell mit der Stärke des hemmenden Induktionsschlages. Die Rückkehr des Kniereflexes nach der Hemmung ist ebenfalls eine graduelle. Die Hemmung des Kniereflexes am enthirnten Präparat ist ein komplizierteres Phänomen. Erstens sind stärkere Reize dazu nötig und dauert die Hemmung viel kürzer als am spinalen Präparat; weiter haben die Verff. gefunden, daß die Enthirnungsstarre sehr leicht schon gehemmt sein kann, während der Kniereflex dann noch unbeeinflußt erscheint. Interessant ist auch noch die Angabe, daß in einigen enthirnten Präparaten der erste Kniereflex nach dem Hemmungsreiz noch normal ausfällt, der zweite und dritte aber bedeutend gehemmt sind, die Reflexdauer vergrößert ist und die Decrescente länger ausgezogen ist. Es scheint somit, als ob das Rückenmark des enthirnten Präparates sich nach einem hemmenden Reize für kurze Zeit in dem funktionellen Zustand eines Rückenmarkspräparates befinde. *Dusser de Barenne* (Utrecht).

Austmann, K. J., and V. H. K. Moorhouse: On the function of the cerebral ventricles I. Demonstration of small changes in the capacity of the lateral ventricles of the brain. (Über die Funktion der Hirnventrikel. I. Darstellung geringer Änderungen in der Weite der Seitenventrikel des Gehirns.) (*Dep. of physiol., fac. of med., univ. of Manitoba, Winnipeg.*) Americ. journ. of physiol. Bd. **66**, Nr. 2, S. 267—273. 1923.

Messung der Ventrikelweite an dicken Gefrierschnitten durch den Kopf. Material: 1jährige Hunde. (Mit zunehmendem Alter werden die Ventrikel weiter.) Bei normalen Tieren liegen die Ventrikelwände unmittelbar aneinander, nur die Seitenventrikel haben eine Weite von 2—4 mm. Eine nachweisbare Erweiterung tritt ein 28—60 Stunden nach Verschluß des Aquaeductus Sylvii (durch Wattebausch oder Gelatinekapsel vom 4. Ventrikel her) trotz des Abflusses von Liquor während der Operation. Deutlicher ist die Erweiterung (infolge der Schrumpfung der Hirnsubstanz) $^1/_2$ Stunde nach Injektion von 50 ccm 3 proz. Kochsalzlösung. *Elze* (Rostock).

May, Raoul M., and S. R. Detwiler: The relation of transplanted eyes to developing nerve centers. (Einfluß transplantierter Augen auf die Entwicklung nervöser Zentralorgane.) (*Zoöl. laborat., Harvard univ., Cambridge, a. laborat. d'évolution des êtres organisés, Sorbonne, Paris.*) Journ. of exp. zoöl. Bd. **43**, Nr. 1, S. 83—103. 1925.

May und Detwiler transplantierten bei 15 Embryonen von Amblystoma punctatum im Schwanzknospenstadium die Augenblase nebst Linsenplakode in die Ohrregion eines zweiten Embryo, dessen Gehörbläschen vorher entfernt war. In allen Fällen entwickelten sich normale Augen nebst Sehnerven. Gelegentlich transplantierte Riechplakoden entwickelten sich gleichfalls bis zu einem gewissen Grade normal und in 13 Fällen auch ein Nervus olfactorius. Die in einigen Fällen beobachtete Drehung des transplantierten Auges erfolgte in der Weise, daß der Sehnerv Anschluß an das Zentralorgan erhielt. In 4 Fällen endete der Opticus in der Pigmentschicht des Auges, in 3 Fällen im Mesenchym, in 3 Fällen verband er sich mit dem stehen gebliebenen Rest des Acustico-Facialis-Ganglion, in 4 Fällen mit dem Glossopharyngeal-Vagus-Ganglion-Komplex, in einem Falle mit der Oblongata. Der transplantierte Olfactorius endete in 5 Fällen im Mesenchym, in 2 Fällen verband er sich mit dem Ganglion Gasseri, in 3 Fällen mit dem 7.-8. Ganglion (Facialisanteil), in 3 Fällen mit dem 9.-10. Ganglion-Komplex. Weder die Rotation des Auges noch die Anhäufung von Knorpelgewebe in seiner Umgebung sind als bestimmende Faktoren für die Verbindungen des N. opticus anzusehen. Die Entfernung des Hörbläschens bedingt im 7.-8. Ganglion eine Verminderung der Zellenzahl um 60%, die Verbindung des Opticus mit dem 9.-10. Ganglion-Komplex dagegen eine Hyperplasie des letzteren und gleichzeitig eine Verschiebung in frontaler Richtung zum Opticus hin, und indirekt eine Hyperplasie der Oblongata infolge des Eindringens der Axonen aus den hyperplastischen Ganglien. Eine direkte Oblongata-Hyperplasie entstand in dem Falle der Verbindung des Opticus mit der Oblongata, zugleich eine Wanderung der Zellen aus der grauen Substanz in die weiße, nach der Eintrittsstelle des Sehnerven hin. Sie betrug 22—52% der normalen Maße. Zum Schluß suchen die Verff. ihre Resultate mit den Theorien von Cajal (Neurotropismus) und Kappers (Neurobiotaxis) in Einklang zu bringen. *Wallenberg.*

Pearcy, J. Frank, and Theodore Koppányi: A further note on regeneration of the cut spinal cord in fish. (Eine weitere Mitteilung über die Regeneration des durchschnittenen Rückenmarks beim Fisch.) (*Hull physiol. laborat., univ., Chicago.*) Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. 22, Nr. 1, S. 17—19. 1924.

In einer kurzen Mitteilung hatten Koppányi und P. Weiss berichtet, daß bei dem

Digitized by Google

Fisch Carassius und bei Larven von Triton nach hoher Rückenmarksdurchtrennung innerhalb einiger Wochen Wiederherstellung der Funktion und dann im histologischen Bild eine Überbrückung der Schnittstelle durch regenerierte Achsenzylinder zur Beobachtung käme. Da inzwischen ausführlichere und gründlicher durchgearbeitete Befunde zu demselben Thema von anderer Seite (L. de Nò, Hooker) veröffentlicht worden waren, wurde über Betreiben des Ref. von einer weiteren Verfolgung der Untersuchungen und einer Mitteilung in extenso abgestanden. Koppányi hat nun in Gemeinschaft mit Pearcy in Carlsons Institut die Versuche am Goldfisch (Carassius auratus) wiederholt, worüber in der vorliegenden, auch wieder ganz knapp gehaltenen Mitteilung berichtet wird. Ein neues Ergebnis wurde bei diesen Versuchen nicht erzielt: Es tritt funktionelle und histologische Regeneration ein. Es wird nichts mitgeteilt, was über diese allgemeine Feststellung hinausginge. *Paul Weiss* (Wien).

Ma, Wen-Chao: A study of the mitochondrial elements of the spinal ganglion cells of beriberi fowls. (Untersuchungen über die Mitochondrien in den Spinalganglienzellen von Beriberi-Vögeln.) (*Anat. laborat., Peking union med. coll., Peking.*) Americ. journ. of anat. Bd. **36**, Nr. 2, S. 215—233. 1925.

Wen-Chao Ma untersuchte die Spinalganglienzellen von Tauben und Hühnern, die durch Fütterung mit poliertem Reis Beriberikrank gemacht waren. Zur Färbung benutzte er die Methoden von Bensley, Altman, Benda, Meves und Regaud, mit Vorliebe die erstere (Fixierung mit Chromosmiumessigsäure, Paraffinschnitte von 3 μ Dicke, Färbung mit saurem Anilin-Fuchsin, Differenzierung in Methylgrün). Er kam dabei zu folgenden Ergebnissen: Die Mitochondrien der Spinalganglienzellen zeigten charakteristische Veränderungen, die besonders in einer Körnelung von verschiedener Größe und Gestalt, Verklumpung oder Auflösung, allgemeiner Abschwächung der acidophilen Farbreaktion, Verbindung mit lipoider Substanz oder Verwandlung in solche, schließlich Umwandlung in neutrales Fett auf dem Umwege der Lipoidsubstanzen bestanden. Die Nissl-Körper verschwanden zuerst in der Peripherie, zuletzt in unmittelbarer Nähe des Kerns, vorher zerfielen sie körnig oder boten die Zeichen allgemeiner Diffusion. Aus der normalen Verbindung der Lipoide mit Mitochondrien einerseits, mit der Nissl-Substanz andrerseits geht hervor, daß die Lipoide ein Zwischenstadium zwischen diesen beiden Substanzen bilden, daß also die Lipoide aus Nissl-Substanz und Mitochondrien aus Lipoiden hervorgehen. Die Verzögerung dieser Umwandlung in der Nachbarschaft des Kernes läßt darauf schießen, daß dieser eine Art Kontrolle über die normalen Beziehungen der Nissl-Substanz ausübt. *Wallenberg* (Danzig).

Minea, I.: Lésions expérimentales produites dans les nerfs périphériques par le virus de la sclérose en plaques. (Experimentelle, durch das Virus der multiplen Sklerose an den peripheren Nerven hervorgerufene Schädigungen.) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 23, S. 245—247. 1925.

Nach vielfachen immer vergeblichen Versuchen, mit Material von multipler Sklerose diese Krankheit beim Tier zu erzeugen, konservierte Verf. steril entnommenes Rückenmarkmaterial eines besonders schweren in 4 Jahren zugrunde gegangenen Falls von multipler Sklerose in 50 proz. Glycerin und spritzte nach 6 Tagen eine Emulsion dieses Marks in den Ischiadicus zweier Kaninchen. Herausnahme und Untersuchung der Nerven nach 12 bzw. 40 Tagen. Makroskopisch nichts. Mikroskopisch im 1. Fall alle Zeichen einer „segmentären periaxilen Neuritis", vor allem also schwere Veränderungen der Markscheiden, nur entsprechend der Ausdehnung des bei der Injektion gesetzten Ödems; beim 2. erst 40 Tage nach der Injektion herausgenommenen Nerven schien der Abtransport des Myelins schon weiter fortgeschritten zu sein, bei im wesentlichen intakten Achsenzylindern, es fanden sich aber auch adventitielle Infiltrationen der kleinen Eigengefäße des Nerven. Bei Verwendung von 21 Tage lang konserviertem Mark konnten die beschriebenen Veränderungen nicht erzielt werden, die Widerstandsfähigkeit des Virus sei also begrenzt. Über Kontrollen wird gar nichts gesagt!! *Scharnke* (Marburg.)

Creutzfeldt, Hans Gerhard: Zur Histopathologie der experimentellen Poliomyelitis acuta (Heine-Medin) beim Affen und Meerschweinchen. (*Psychiatr. u. Nervenklin.*,

Digitized by Google

Charité, Univ. Berlin.) Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. **105**, H. 2, S. 402 bis 415. 1925.

Aus einer Versuchsreihe von Picard fand sich bei einem Affen, welcher nach 3tägiger Krankheit starb, das charakteristische Bild der Poliomyelitis anterior acuta: Meningitis und Myelitis mit Untergang der Nervenzellen, besonders der Vorderhörner des Rückenmarks, unter dem Bilde der Neuronophagie. Diese bestand in einer symplasmatischen Wucherung ausschließlich von Gliazellen und zwar der nach Hortega benannten Formen. Trotz der Ähnlichkeit mancher solcher Kerne mit Leukocyten fehlen diese selbst durchaus, wie schon das Auftreten dieser vielgestaltigen Kerne erst in späteren Stadien der Neuronophagie und der negative Ausfall der Oxydasereaktion beweist; die Beteiligung mesodermaler Elemente konnte ausgeschlossen werden. Anzeichen reichlichen Ödems in diesem akuten Stadium lassen vermuten, daß manche klinischen akuten Erscheinungen auf Schädigungen durch Ödem zurückzuführen sind. Bei einem anderen Affen, dessen Krankheit 71 Tage gedauert hatte, war bereits eine erhebliche Vernarbung und Verödung der Vorderhörner eingetreten, dafür waren aber bei ihm bemerkenswert schwere Veränderungen der Markscheiden und Achsencylinder in der grauen und weißen Substanz mit reichlichem Fettabbau, wobei die Hinterhörner und Hinterstränge relativ verschont waren. Es handelt sich hier also um eine mehr subakute Ausbreitung des Prozesses (wobei die entzündliche Komponente in den Hintergrund tritt). Vielleicht kann man hier von einer Entwicklung zur diffusen Myelitis sprechen; doch ist zu beachten, daß der Prozeß nicht über das ganze Rückenmark ausgebreitet ist, und einzelne Segmente fast ganz verschont sind, wie dies auch in den Vorderhörnern der Fall ist. Bei einem Meerschweinchen fand sich ein ganz ähnlicher degenerativ-entzündlicher Prozeß, vorwiegend in den Vorderhörnern, welcher auch wohl als Poliomyelitis angesehen werden kann. Als Ansteckungsquelle kamen die mit Heine-Medin-Virus behandelten Affen in Frage.

Hallervorden (Landsberg a. W.).

Winokurow, S. I.: Die motorische Funktion des Kropfes bei experimenteller Polyneuritis. (*Inst. f. pathol. Physiol., staatl. med. Inst., Odessa.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **210**, H. 4/5, S. 576—582. 1925.

Die registrierende Untersuchungsmethode der motorischen Funktion des Kropfes gestattet, den Charakter der Veränderungen dieser Funktion bei Avitaminose an Hühnern klarzulegen. Die Veränderungen der motorischen Funktionen des Kropfes bei B-Avitaminosen äußern sich in einem allmählichen Anwachsen der Verminderung der bewegenden Kräfte der Kropfwand im Sinne einer Abschwächung der Wandmuskeln, einer Störung des Charakters der für das Tier typischen Kontraktionen, eines Auftretens von fast vollständiger Kropfatonie. Die Zulage von Hefe zu der Reisnahrung führt ein schnelles Verschwinden besagter Störungen herbei.

Erich Guttmann (München).

Lematte, L., et L. Beauchamp: Contribution à l'étude de la composition du cerveau humain. (Beitrag zum Studium der Zusammensetzung des Gehirnes.) Cpt. rend. hebdom. des séances de l'acad. des sciences Bd. **181**, Nr. 17, S. 578—580. 1925.

Die Menge der verschiedenen mineralischen Bestandteile des Gehirnes schwankt innerhalb enger Grenzen. Von den mineralischen Bestandteilen überwiegt der Gehalt die Phosphorverbindungen. Das Alter hat nur geringen Einfluß auf die Zusammensetzung der anorganischen Salze. Mit dem Alter nimmt der Wassergehalt ab.

de Crinis (Graz).

Szenes, Alfred, und Leo Stecher: Die Beeinflussung des Grundumsatzes durch Röntgen- und Diathermiebehandlung der Hypophysengegend. (*I. Univ.-Frauenklin., Wien.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **48**, H. 1/2, S. 126—140. 1925.

Verff. untersuchten eine Reihe von Frauen in der Menopause. Unter 54 Fällen, bei denen die Menopause größtenteils durch Röntgenkastration, zum Teil durch operative Kastration und in einzelnen Fällen durch das natürliche Klimakterium

Digitized by Google

verursacht war, fand sich der Gasstoffwechsel, mit dem Kroghschen Apparat untersucht, 30 mal i. e. in 55,6% der Fälle erniedrigt, in 8 Fällen (14,8%) erhöht und in 16 Fällen (29,6%) normal. Dabei konnte bei den Fällen, deren Menopause erst bis 2 Jahre zurücklag, durchschnittlich eine stärkere Erniedrigung des Grundumsatzes gefunden werden als bei jenen mit länger zurückliegender Menopause. Ein Zusammenhang zwischen Stärke der Ausfallserscheinungen und dem Grundumsatz ließ sich nicht feststellen. Durch die Röntgen- oder Diathermiebehandlung der Hypophysengegend kam es in Fällen, in denen der Gasstoffwechsel vorher stark verändert war, zu einer regulatorischen Beeinflussung des Grundumsatzes in dem Sinne, daß er sich der Norm näherte oder normale Werte erreichte. In einem anderen Teil der Fälle, die ursprünglich einen normalen oder leicht veränderten Gasstoffwechsel aufwiesen, machte sich eine Verminderung des prozentuell ermittelten Grundumsatzes geltend, während in einer kleinen dritten Gruppe von Fällen mit ursprünglich durchweg normalen Grundumsatzwerten keine wesentliche Beeinflussung des Gasstoffwechsels durch die Behandlung der Hypophysengegend zu verzeichnen war. Bei Röntgenbestrahlung machte sich eine Abhängigkeit der Art der Reaktion des Grundumsatzes von der Stärke der Dosierung geltend, eine Abhängigkeit, die bei Diathermierung der Hypophysengegend nicht feststellbar war. *Erich Guttmann* (München).

Krey, H.: Qualitative Zelluntersuchungen der Rückenmarksflüssigkeit nach chemischen Reizungen. (Intralumbale Einführung von Phenolsulfophthalein, Tropacocain und Neosalvarsan. (*Univ.-Klin. u. Poliklin. f. Haut- u. Geschlechtskrankh., Greifswald.*) Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 44, S. 1655—1656. 1925.

Zur Erforschung der Art und Herkunft der Zellen in der Rückenmarksflüssigkeit wurden die Rückenmarkshäute in 12 Fällen, von denen 11 vor der Reizung normalen Liquorbefund besaßen, chemisch 8 mal durch Einführung eines $^1/_2$ ccm einer 0,006 proz. Phenolsulphophthaleinlösung, bei 3 Fällen durch Einspritzung von 1 ccm einer 5 proz. Tropacocainlösung mit NaCl-Zusatz, in einem Fall durch Zuführung von 0,0015 g Neosalvarsan gereizt. Der Liquor wurde dann zwischen der 5.—72. Stunde nach der Injektion untersucht, wobei außer der Differenzierung in der Fuchs-Rosenthalschen Zählkammer die supravitale Färbung mit Methylgrün-Pyroninlösung, die gleiche Färbung am Trockenpräparat nach vorheriger Sublimatfixation, die Pappenheim-Unnasche Kombinationsfärbung und die Färbung mit Kresylviolettlösung angewendet wurden. Es ergab sich nach jeder Reizung eine Zell- und Eiweißvermehrung mit den mehr oder weniger ausgesprochen klinischen Erscheinungen einer Meningitis. Die Zellvermehrung geht mit der Stärke der klinischen Zeichen der Rückenmarkshautentzündung einher, besteht zunächst nur aus weißen Blutkörperchen, um bei Nachlassen der meningitischen Reizerscheinungen zur Lymphocytose mit Plasmazellen und Makrophagen umzuschlagen. Verf. tritt dem Standpunkte Brückners, Szécsis und Rehms bei und will die Blutzellen aus den Blutgefäßen, etwaige fibroplastische Elemente aus dem Bindegewebe der Meningen abgeleitet wissen. Die Leukocyten erschienen unbedingt hämatogenen Ursprungs. Die Frage nach der Herkunft der Lymphocyten, Plasmazellen und Makrophagen wird offen gelassen.

F. Georgi (Breslau).

Hansen, Klaus: Ein exakteres Maß für den Alkoholisierungsgrad des Organismus bei psychischen und psycho-physiologischen Alkoholversuchen. (*Physiol. Inst., Univ. Oslo.*) Arch. internat. de pharmacodyn. et de thérapie Bd. **30**, H. 5/6, S. 355 bis 384. 1925.

Die schlechte Übereinstimmung der Resultate von psychischen und psycho-physiologischen Alkoholversuchen beruhen zum Teil auf individuellen Eigentümlichkeiten der Versuchspersonen, zum Teil auch in der Unvollkommenheit der bisher angewandten Masse. Die neue Methode beruht darauf, daß das Blut ein relatives Maß für die Alkoholkonzentration im Gehirn liefert. Verf. führte Parallelbestimmungen der psychischen Wirkung und der Alkoholkonzentration im Blute aus und wählte als eine sehr einfache psychische Funktion die Reiz- und Unterschiedsschwellenbestimmung für Töne. Als Apparat diente ein modifizierter Induktions-

Digitized by Google

phonometer nach Lux (vgl. Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. 168, 193. 1917). Die Schwellenbestimmungen wurden in 15 Min. langen Perioden mit Zwischenräumen von 10 Min. ausgeführt. In dem durch Venenpunktion gewonnenen Blutproben wurde die Alkoholkonzentration mit der üblichen Bichromatmethode und einer jodometrischen Schlußtitrierung bestimmt. Die Reiz- und Unterschiedsschwellenmessungen von Tönen von 200 bzw. 300 Doppelschwingungen wurden bei 5 Versuchspersonen unter Alkoholeinwirkung (20 proz. Alkohol) und ohne solche ausgeführt. Aus den Versuchen ergibt sich, daß Alkohol in mittelgroßen Dosen ($^1/_2$—1 g pro Kilogramm Körpergewicht) zuerst eine senkende, später eine erhöhende Wirkung auf die Reiz- und Unterschiedsschwelle für Töne hat. Die Größe der Wirkung ist individuell sehr verschieden und nimmt mit der Gewöhnung an Alkohol ab. Bei Alkohol gewöhnten Personen sind die Resorptionsgeschwindigkeit und die maximale Alkoholkonzentration im Blute größer. Als wichtigstes Resultat werden folgende 3 Sätze aufgestellt: 1. Die lähmende psychische Wirkung des Alkohols ist eine Funktion der Alkoholkonzentration im Blut, und zwar bei demselben Individuum und unter denselben Bedingungen derselben im großen und ganzen proportional. 2. Für die Art und Stärke der Wirkung bei einer bestimmten Alkoholkonzentration im Blut ist vor allem die Gewöhnung des Individuums an Alkohol maßgebend. 3. Die Alkoholwirkung ist eine Funktion der Zeit. Die Wirkung ein und derselben Alkoholkonzentration im Blut nimmt mit der Zeit, in der sich der Organismus unter Einwirkung von Alkohol befindet, zu. *Flury* (Würzburg). °°

Alessio, Francesco: Contributo alla intossicazione sperimentale da tabacco. Nota VIII. L'azione dei componenti del fumo sulla pressione sanguigna. (Beitrag zur experimentellen Tabakvergiftung. VIII. Mitteilung. Die Wirkung der Bestandteile des Rauches auf den Blutdruck.) (*Istit. di patol. spec. med. dimostr., Padova.*) Giorn. di clin. med. Jg. 5, H. 16, S. 601—613 u. H. 17, S. 656—662. 1924.

(Vgl. dies. Zentrlbl. 41, 22, 754 u. 42, 129.) Bericht über weitere Versuche zur blutdrucksteigernden Wirkung des Tabakrauches, und zwar mittels intravenöser Injektion des in Ringer gelösten Rauches bei Kaninchen, während in früheren Arbeiten über die Folgen nach Inhalation und subcutaner Injektion berichtet worden war. Zunächst zeigte sich, daß gleiche Dosen (selbst derselben Tabakart) nicht immer die gleichen Ergebnisse aufweisen, was zum großen Teil auch auf die verschiedene Art des Rauchens zurückzuführen ist. Kleine Dosen (0,01—0,04 g Tabak) bewirken eine Blutdruckerhöhung meist mit vorhergehender geringer Blutdrucksenkung, größere Dosen (0,05—0,12 g Tabak) dagegen eine Blutdrucksenkung und Bradykardie, der eine leichte vorübergehende Druckerniedrigung vorausgeht. Daß der blutdrucksenkende Einfluß des Nicotins nicht rein zur Geltung kommt, beruht auf der Anwesenheit anderer Substanzen im Rauche, die entgegengesetzt wirken und anfänglich bzw. bei kleinen Dosen allein den Effekt bestimmen; jedenfalls sind die Änderungen im Blutdruck nicht allein durch das Nicotin veranlaßt. Vagusdurchschneidung verringert die Blutdrucksteigerung kleinerer und die Drucksenkung größerer Dosen, ferner hebt sie die Bradykardie völlig auf; Durchschneidung der Depressoren verringert etwas die Drucksteigerung kleiner Dosen, bleibt aber auf die Drucksenkung und die Bradykardie ohne Einfluß. Es wird daraus gefolgert, daß die Bradykardie zwar eine zentrale Vagusreizung durch Nicotin, daß dagegen die Druckerniedrigung größerer Dosen als eine Folge der Reizung von Hemmungszentren im Herzen aufzufassen sei. *Hammerschmidt* (Graz). °°

Samejima, Keinosuke: Experimental study on the toxication with dial and veronal. (Experimentelle Studie über die Dial- und Veronalvergiftung.) Scient. reports from the govern. inst. for infect. dis. Tokyo Bd. 3, S. 103—120. 1924.

Verf. fand als letale Dosis beim Kaninchen für das Dial 0,2—0,25 g pro Kilogramm Körpergewicht, beim Veronal 0,6 g. Das bemerkenswerteste Symptom der subakuten Vergiftung seitens des Nervensystems ist die Gehstörung, analog der bei der menschlichen Veronalvergiftung beobachteten Ataxie. Manchmal, aber nicht immer, fanden sich Reizerscheinungen (Spasmen, Tremor, tonisch-klonische Krämpfe), zuweilen Nystagmus. Die klinischen Befunde stimmen mit den beim Menschen gut überein. Histologisch fanden sich in der Hirnrinde die stärksten Veränderungen in der 3. und 4., sowie in den tieferen Schichten. Einmal fand Verf. Rundzellen-Infiltrate, deren Zusammenhang mit der Vergiftung er aber selbst bezweifelt. Im Kleinhirn fanden sich verschieden intensive Veränderungen der Purkinje-Zellen. Im Hirnstamm fanden sich makroskopisch keine Befunde; mikroskopisch fanden sich Nervenzellveränderungen, die aber von Fall zu Fall an Ausbreitung wechselten. Die Veränderungen an den Körperorganen werden eingehend dargestellt; auch an endokrinen Drüsen werden Befunde erhoben. — Ausführliches Literaturverzeichnis. *Erich Guttmann* (München).

Digitized by Google

Monjé, Manfred: Die Abhängigkeit des zeitlichen Verlaufes der Gesichtsempfindung vom zeitlichen Verlauf des Lichtreizes und dem Adaptationszustand. (*Physiol. Inst., Univ. Bonn a. Rh.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **209**, H. 4, S. 562—604. 1925.

In Fortführung älterer, nach der Fröhlichschen Methode zur Messung der Empfindungszeit durchgeführten Versuche wird in vorliegender Untersuchung gezeigt, „daß der Verlauf der Dunkeladaptation, insbesondere die Lage des Maximums des kritischen Stadiums, in erster Linie von der Geschwindigkeit des zur Belichtung dienenden Spaltes, d. h. von der Steilheit des An- und Abstieges des Lichtreizes abhängig ist, daß dagegen Intensität und Dauer des Reizes auf den Verlauf der durch die Dunkeladaptation bedingten Veränderungen der Empfindungszeit, der Empfindungsdauer und des zeitlichen Verlaufes nur einen geringen Einfluß ausüben". Bei größerer Spaltgeschwindigkeit treten die adaptativen Veränderungen der Empfindungszeit und Empfindungsdauer früher ein, es kommt zu einer geringeren Zunahme beider Zeitwerte im kritischen Stadium, und sowohl Empfindungszeit wie Empfindungsdauer weisen kürzere Endwerte auf. Der Verlauf der Erscheinungen bei vergleichender Verwendung langsam und schnell verlaufender Lichtreize zeigt demnach dieselben Verschiedenheiten wie nach Vogelsang bei Verwendung lang- und kurzwelliger Prüflichter. Außerdem bewirkt der schnellere Verlauf des Lichtreizes, daß die Reizschwelle bei der Dunkeladaptation rascher, aber zu höheren Endwerten absinkt. Verschiedene Versuchspersonen verhalten sich in den erwähnten Punkten etwas verschieden, doch ist die Beziehung zwischen Reizschwellenintensität und Belichtungsdauer auf alle Fälle eine geradlinige. *Dittler* (Marburg).

Leisse, Otto: Schallokalisation und Vestibularapparat. (*Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Halskrankh., Kiel.*) Arch. f. Nasen-, Ohren- u. Kehlkopfheilk. Bd. **114**, H. 1/2, S. 118—128. 1925.

Verf. gibt einen kritischen Überblick über die Theorien der Schallokalisation. Er kommt zu dem Ergebnis, daß wir die wechselnden Hörempfindungseigenschaften, welche vor allem durch die bilaterale Anordnung der Gehörorgane entstehen, auf Grund von Erfahrung in bestimmte Beziehungen zu unseren optisch und taktil gewonnenen Vorstellungsweisen setzen. Dieses „in Beziehung setzen" ist ein psychischer Akt. Durch ihn entsteht das Schallrichtungsbewußtsein. Eine Zeitwirkung des Vestibularapparates bei der Schallokalisation ist abzulehnen. Rauch fand dagegen eine Störung der normalen Lokalisation nach Reizung des N. vestibularis, woraus er auf eine physiologische Zeitwirkung dieses Nerven bei der Schallokalisation schloß. Verf. hat die Versuche Rauchs wiederholt. Es gelang ihm nicht, während der Dauer und als Folge der kalorischen Vestibulariszreiung auch nur eine leichte Änderung in der Lokalisationsfähigkeit nachzuweisen. Die Ergebnisse Rauchs sind vielleicht auf völlig ungesetzmäßig ablaufende diffuse Hirnerscheinungen infolge zu starker peripherischer Reizung zurückzuführen. *Henneberg* (Berlin).

Novotný, Antonín: Ontogenese der Labyrinthreflexe der weißen Ratte. (*Physiol. Inst., Masaryk-Univ., Brünn.*) Biologické listy Jg. **11**, Nr. 3, S. 169—178. 1925. (Tschechisch.)

Die Versuche wurden zu Ende geführt, als Magnus seine Untersuchungen über neugeborene Tiere im Skand. Arch. (vgl. dies. Zentrlbl. **33**, 327) publiziert hat. Während Magnus an neugeborenen Kaninchen, Katzen und Meerschweinchen experimentiert hatte, hat der Autor unter der Leitung des Ref. an neugeborenen Ratten seine Untersuchungen angestellt. Bei diesen fehlen zuerst die Labyrinthreflexe überhaupt oder sind nur angedeutet, um erst während der folgenden Tage sich zu entwickeln, wobei sich nachweisen läßt, daß die Wiederholung der Rotationsversuche — auch wenn die Intervalle 24 Stunden betragen — nicht ohne Einfluß auf die Intensität und die Dauer der hervorgebrachten Reflexe ist. — In den ersten Tagen sind stereotaktische Erscheinungen außerordentlich auffällig, um sich allmählich abzuschwächen, wogegen die geo-

Digitized by Google

taktischen Reaktionen, zuerst minimal, progressiv immer deutlicher auftreten. — Der Kopfnystagmus erscheint erst spät, regelmäßig nach dem Öffnen der Lider und nach dem Erscheinen des Augennystagmus (hier und da auch vor dem Öffnen der Augen), etwa am 19. Tage; eingehender konnte allerdings nur der Nachnystagmus der Augen untersucht werden. — Schwache Koationsbewegungen des Kopfes beim Umdrehen und Neigen des Tieres werden am 5. Tage, deutliche am 6. Tage beobachtet; die Entwicklung derselben schreitet weiter bis zum 11. Tage fort, wo sie wohl die bei erwachsenen Tieren vorkommende Stufe erreicht. Die raschen Kopfoszillationen, welche nach der Herausnahme aus dem Nest etwa am 9. Tage beobachtet werden (etwa 50 und mehr in 30 Sekunden), sind wohl durch starke Abkühlung hervorgebracht; denn sie verschwinden allmählich, völlig nach 18 Tagen (mit der Entwicklung der Behaarung und der Thermoregulierung); gleich nach dem Einlegen in das warme Nest werden sie unterdrückt (ebenfalls durch Drehung, siehe weiter). — Vom 7. Tage an zeigen die normalen (zuerst aus dem Neste herausgenommenen) Tiere größere Reaktionsfähigkeit und stärkere Kompensationsbewegungen als diejenigen, welche von der Geburt an täglich je 1 Minute rechts und links 30 mal in der Minute im Rotationsapparat gedreht wurden (fixiert in Papierkästchen mit Wattebäuschchen; im Radius; Kopf nach außen). Es handelt sich wohl bei diesen Versuchstieren um gewisse Anpassungserscheinungen (wie dieselben Maxwell beim Nachnystagmus der Augen bei den Kaninchen sichergestellt hat). Der Autor bemerkt, daß (wie dasselbe schon Tomka bei den weißen Mäusen beobachtet hatte) die weißen Ratten gewisse Depressionserscheinungen in ihrem Verhalten aufweisen (z. B. am 12. Tage), die von Perioden verstärkter Reizbarkeit deutlich sich abheben. Weiter hebt er starke Unterschiede im Verhalten der Individuen aus dem Neste mit zahlreichen und mit wenigen Jungtieren hervor. *E. Babák* (Brünn).°°

Borries, G. V. Th.: Theorie des kalorischen Nystagmus. (*Univ.-Klin., Rigshosp., Kopenhagen.*) Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilk. Bd. **118**, H. 2/3, S. 117 bis 155. 1925.

Man muß fordern, daß eine Theorie des kalorischen Nystagmus nicht unvereinbar ist mit den zwei wichtigsten Haupteigentümlichkeiten dieses Nystagmus, nämlich der entgegengesetzten Wirkung von Hitze und Kälte und der Beeinflußbarkeit durch verschiedene Kopfstellungen. Nach Besprechung der Versuche von Lion und Maier an Tauben und den Versuchen von Meurman am vorderen vertikalen Kanal menschlicher Labyrinthe beschreibt Verf. seine eigene Theorie basierend auf dem Bestehenbleiben des kalorischen Nystagmus nach Fortnahme der Bogengänge bei Tauben. Zusammenfassend meint er: 1. Die Bogengänge sind zum Auslösen des kalorischen Nystagmus nicht notwendig, derselbe kann auch von den Otolithenorganen ausgelöst werden. 2. Der kalorische Nystagmus ist wahrscheinlich eine generelle Labyrinthreaktion, ausgelöst sowohl von den Cristae wie (hauptsächlich) von den Maculae. 3. Die Richtungsänderung des Nystagmus bei Kopfneigungen ist der Hauptsache nach eine Otolithenreaktion. Bartels, Kopetzki-Almour und Přecechtlě haben wenigstens in den Hauptpunkten sich dieser Theorie angeschlossen; die Experimente von Fujimori bestätigen dieselbe. Die Einwendungen von Baldenweck, Thornval, Lund und de Kleyn werden als nicht stichhaltig zurückgewiesen. Verf. meint, daß niemals ein ausreichender Grund für die Annahme angeführt wurde, daß die Otolithen nicht imstande sind, einen Nystagmus auszulösen. In Myginds Theorie findet Verf. die Annahme, daß kalorischer Bogengangs- und kalorischer Otolithennystagmus unterschieden werden müssen, sehr ansprechend, lehnt aber verschiedene Einzelheiten dieser Theorie ab. Die Theorie des Verf., daß die kalorischen und postrotatorischen Reaktionen in verschiedenen Teilen des Labyrinths ausgelöst werden, erklärt am einfachsten die Erscheinungen bei den paradoxen Vestibularreaktionen, d. h. also die Erscheinungen, daß man in einigen Fällen eine positiv kalorische und erloschene postrotatorische Reaktion und in anderen Fällen gerade das Umgekehrte wahrnehmen kann. Bei Besprechung über das Verhalten des kalorischen Nystagmus

Digitized by Google

bei verschiedenen Kopfstellungen wird darauf hingewiesen, daß dieses sich nicht durch die Strömungstheorie von Bárány erklären läßt. Bei der Untersuchung hat sich herausgestellt, daß der Kaltwasser- und Heißwassernystagmus zwei wesensverschiedene Nystagmusformen sind und nicht zwei gleiche Nystagmustypen nur mit entgegengesetzten Vorzeichen. Bei den nichtspezifischen Labyrinthreflexen wird die Bradykardie bei akuter Labyrinthitis besprochen und als Hinweis dafür angeführt, daß eine endolabyrinthäre Auslösung von Reflexen durch nichtspezifische (nichtsensorische) Nerven möglich ist. Die Frage der extralabyrinthären reflektorischen Auslösung des kalorischen Nystagmus ist noch nicht zu entscheiden. Es ist wahrscheinlich, daß vasomotorische Momente, und nicht ausgeschlossen, daß Änderungen der endolabyrinthären Druckverhältnisse beim Zustandekommen der kalorischen Reaktion eine mitwirkende Rolle spielen. Verf. meint, daß die kalorischen Nystagmusreaktionen auf einer „spezifischen Ansprechbarkeit des homolateralen und kontralateralen Nystagmustonus des Labyrinthes für das thermische Irritament" beruhen. Für Einzelheiten sei auf das Original verwiesen. *A. de Kleijn* (Utrecht).°°

Roasenda, J.: Sur une nouvelle méthode d'examen de la sensibilité gustative. Contribution à la sémiologie de la corde du tympan. (Über eine neue Methode der Geschmacksprüfung.) (*25. anniversaire, soc. de neurol., Paris, 26. V. 1925.*) Rev. neurol. Jg. **32**, Bd. **1**, Nr. 6, S. 1062—1069. 1925.

Die Tatsache, daß galvanische Reizung der Mundhöhle charakteristische Geschmacksempfindungen hervorruft, und zwar an der Anode einen säuerlichen, metallischen Geschmack, ist hinreichend bekannt. Roasenda will nun diese Reizungsart bei Geschmacksprüfungen angewandt wissen. Seine Untersuchungen zeigen, daß mit dieser Methode Störungen aufgedeckt werden, wenn die übliche Untersuchung mit schmeckbaren Substanzen kein verwertbares Resultat gibt. Auf eine qualitative Differenzierung der Geschmacksleistung kann es ihm hier natürlich nicht ankommen, da bei elektrischer Reizung nur die eine Empfindung auftritt. Die elektrische Methode ist vielmehr in erster Linie eine quantitative. Bei peripheren Störungen vergleicht er die elektrischen Reizwerte (Schwellen in MA. ausgedrückt) beider Seiten miteinander und findet z. B. bei einer Facialisläsion eine verminderte Erregbarkeit auf der betreffenden Seite. Ferner lassen sich die vorderen und die hinteren Abschnitte der Zunge gesondert untersuchen. In beiden Fällen liegt die indifferente Elektrode (Ka) auf dem Sternum. Bringt man die andere Elektrode über den unteren Halswirbel, so tritt eine Geschmacksempfindung in den hinteren Abschnitten auf. Bei Anlegen der Elektrode an den oberen Halswirbel wird auf den vorderen Abschnitten der Zunge empfunden. Bei Alteration der corda tympani soll des öfteren eine Herabsetzung der Geschmacksempfindlichkeit in den vorderen Abschnitten der Zunge festzustellen sein. — Weil diese einfache Methode eine quantitative Messung gestattet und getrennte Untersuchung des vorderen und hinteren Zungenabschnittes ermöglicht, ist ihre Einführung in die Klinik anzuraten. *Stein* (Heidelberg).

Strughold, H., und M. Karbe: Vitale Färbung des Auges und experimentelle Untersuchung der gefärbten Nervenelemente. IV. Beitrag (III. gemeinsamer) zur Frage der physiologischen Bedeutung der Krauseschen Endkolben in der Bindehaut des Auges. (*Physiol. Inst. u. Augenklin., Univ. Würzburg.*) Zeitschr. f. Biol. Bd. **83**, H. 3, S. 297 bis 308. 1925.

Die Verff. träufeln bei gleichzeitiger Novocain-Adrenalinbehandlung 1 proz. Methylenblaulösung in den Konjunktivalsack und beobachten mit dem Hornhautmikroskop. Frühestens nach 2 Stunden färben sich, nachdem vorher die Epithelzellen Farbe aufgenommen haben, in einem Falle 2, in einem anderen eine Gruppe von 4 Endkolben. Diese sind in gefärbtem Zustande unempfindlich; ihre Empfindlichkeit tritt erst nach 2 Tagen allmählich wieder auf. Es zeigt sich, daß die genau in ihrer Lage bestimmten Endkolben Kaltpunkte sind. Die Verff. betrachten es durch diese Versuche als sichergestellt, daß die Krauseschen Endkolben die Organe der

Digitized by Google

Kaltempfindung sind, was auch frühere Versuche der Verff. (III. vgl. dies. Zentrlbl. 42, 777) ergeben hatten. *von Möllendorff* (Kiel).

Strughold, Hubert: Die Topographie des Kältesinnes in der Mundhöhle. V. Mitteilung zur Frage nach den spezifischen Empfängern des Kältesinnes. (*Physiol. Inst., Univ. Würzburg.*) Zeitschr. f. Biol. Bd. 83, H. 5/6, S. 515—534. 1925.

Hinsichtlich der Kaltempfindlichkeit steht in der Mundhöhle die Zungenspitze sowie die mit den Papillae fungiformes und circumvallatae besetzten Teile der Zunge an der Spitze. Im allgemeinen steht die Schleimhaut der Mundhöhle an Kaltempfindlichkeit hinter der äußeren Haut zurück. Am Frenulum der Unterlippe, der Tonsille, der Raphe des harten Gaumens sowie an bestimmten Teilen der Wangenschleimhaut und der Uvula werden für Kälte empfindliche Stellen nachgewiesen. Die Topographie des Wärmesinnes ist von der des Kältesinnes verschieden; dies wird auf die Verschiedenheit der perzipierenden Endapparate zurückgeführt. Diese sind in den Krauseschen Endkolben zu sehen, da sie in allen gut kaltempfindlichen Teilen der Mundhöhle nachgewiesen sind und in den rhiganästhetischen Bezirken zu fehlen scheinen.

E. Gellhorn (Halle).

Lyon-Caen, Louis: Action de la bile et des sels biliaires sur l'excitabilité neuromusculaire. (Die Wirkung der Galle und der Gallensalze auf die neuromuskuläre Erregbarkeit.) (*Laborat. de physiol. gén., Sorbonne, Paris.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. 93, Nr. 23, S. 237—240. 1925.

Am Nerv-Muskelpräparat vom Frosch sowie an lebenden Fröschen und Schnecken ließ sich nachweisen, daß durch die Galle und ihre Salze die Chronaxie des Muskels erhöht wird, während die des Nerven sich nicht ändert. Nach der Klassifikation von Lapicque gehören die Gallensubstanzen demnach in die Gruppe der Gifte vom Typus des Kurare.

Erich Guttmann (München).

Waele, H. de: Action de l'acidose et de l'alcalose sur la chronaxie des muscles squelettique et cardiaque. (Wirkung der Acidose und Alkalose auf die Chronaxie des Skelett- und Herzmuskels.) (*Laborat. de physiol., univ., Gand.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. 93, Nr. 30, S. 1038—1039. 1925.

Nach Inkeltion von Säuren und Alkalien in die Lymphräume bei Frosch und Schildkröte werden am Skelett- und Herzmuskel Chronaxiemessungen ausgeführt. Es ergibt sich eine Abhängigkeit der Chronaxiewerte von Acidosis und Alkalosis in der Weise, daß bei Säureanreicherung Chronaxie und Rheobase geringere Werte, bei Alkalosis dagegen höhere Werte zeigen. Wird der Muskel in direkte Berührung mit den Substanzen gebracht (durch fehlerhafte Technik, etwa bei Injektion in den vorderen Lymphsack), so ergeben sich andere Resultate, nämlich eine vorübergehende Erhöhung des Wertes der Chronaxie und der Rheobase sowohl bei Acidosis als bei Alkalosis. *Stein* (Heidelberg).

Dittler, R.: Die „Reizzeit" von Induktionsschlägen verschiedener Stärke. (*Physiol. Inst., Univ. Marburg.*) Zeitschr. f. Biol. Bd. 83, H. 1, S. 29—44. 1925.

Verf. behandelt die Frage, wie lange die durch einen Reizstrom hervorgerufenen Ionenverschiebungen bestehen müssen, damit eine Erregung zustande kommt. Beseitigt man das durch einen an sich wirksamen Stromstoß an den kolloiden Membranen angesammelte „Reizmaterial" nach einer gemessenen Zeit durch einen entgegengerichteten Stromstoß gleicher Stärke, so muß sich die Entstehung der Erregung verhüten lassen, wenn tatsächlich ihre Entwicklung an das eine meßbare Zeit anhaltende Bestehen der primären Ionenverschiebung gebunden ist. Obschon die Voraussetzungen nicht streng erfüllt sind, da ja die Polarisationsprodukte einer spontanen Rückdiffusion unterliegen, ließ sich ein solches „kritisches" Zeitintervall finden und sein Zusammenhang mit der Reizstärke aufklären. Zum Versuch diente der tief kuraresierte M. sartor. des Frosches, dem zwei auf volle Gleichheit gebrachte Öffnungsinduktionsschläge nacheinander von Beckenknochen und Tibia aus zugeleitet wurden. Der 1. Stromstoß hatte seine Kathode am schmalen tibialen Muskelende, dessen Zuckung den Reizerfolg kennzeichnete. Eine wesentliche Vorbedingung zur Beurteilung der Ergebnisse ist, daß der 1. Stromstoß durch den zweiten nicht ausgelöscht wird, bevor er überhaupt reizen konnte, d. h. bevor seine „Nutzzeit" abgelaufen ist. Diese Nutzzeit betrug bei Schwellenreizen höchstens 0,15 σ; sie wurde bei den Versuchen stets berücksichtigt, so daß der 1. Stromstoß auch bei der Doppelreizung eine an sich zur Erregung ausreichende Wirksamkeit entfalten konnte. Trotzdem vermag ein nach der Nutzzeit applizierter entgegengerichteter Stromstoß innerhalb eines bestimmten Intervalls die Erregung zu verhindern. Dieses kritische Intervall betrug bei Schwellenreizung und Temperatur von 17—20° im allgemeinen 0,5—1,0 σ, war also 3—6 mal so lang wie die zugehörige Nutzzeit. Bei Verstärkung des Reizstrompaares

Digitized by Google

sinkt das kritische Intervall ziemlich steil ab und beträgt zumeist schon bei doppelter Schwellenstromstärke weniger als 0,15 σ. Die durch den 1. Reiz gesetzte Änderung der Ionenverteilung muß also eine bestimmte, von der Reizstärke abhängige Zeit im Muskel bestehen, damit eine Erregung erfolgt. Da diese Zeit um so kürzer sein darf, je stärker der Reizstrom ist, so läßt sich unter Berücksichtigung der Diffusionsverhältnisse ableiten, daß das Ausbleiben der Erregung nicht als eine gewöhnliche anodische Erregungshemmung durch den entgegengerichteten Stromstoß zu deuten, sondern wahrscheinlich überwiegend auf die Beseitigung des durch den 1. Stromstoß aufgehäuften „Reizmaterials" zu beziehen ist. Auch andere Erwägungen sprechen in diesem Sinne. Mit der Verkürzung der Nutzzeit bei steigender Reizstärke ist die gleichzeitige Abnahme des kritischen Intervalls nicht gleichzusetzen, da bei derselben Änderung der Reizbedingungen beispielsweise die Nutzzeit auf die Hälfte, das kritische Intervall auf ein Sechstel des ursprünglich bei Schwellenreizung erhaltenen Wertes zurückgeht. Ist das kritische Intervall eben überschritten, so schwächt auch eine Verstärkung des 2. Stromstoßes auf das Doppelte oder Dreifache die Muskelzuckung kaum oder gar nicht mehr als der Gegenstoß einfacher Stärke. Läßt man die beiden Stromstöße in umgekehrter Reihenfolge vor sich gehen, so daß zuerst die Anode und danach die Kathode auf die Muskelfaser einwirkt, so muß nach dem 1. Stromstoß eine bestimmte Zeit verstreichen, bis der zweite eine Erregung auszulösen vermag, d. h. es besteht ebenfalls ein kritisches Intervall. Auch in diesem Falle wird es um so kürzer, je stärker die beiden Stromstöße gewählt werden, ist aber bei gleicher Reizstärke wesentlich länger als bei umgekehrter Reihenfolge. Bei Schwellenreizen kann natürlich der 2. Stromstoß erst erregen, wenn die durch den hemmenden 1. Stromstoß bedingte Ionenkonzentrationsänderung durch spontane Rückdiffusion ausgeglichen ist. Auf Grund dieser Vorstellung läßt sich durch Verkürzung des Intervalls und Steigerung des 2. Reizes bis zur Wirksamkeit ein Bild vom Verlauf der Diffusion gewinnen. Verf. faßt seine Ergebnisse dahin zusammen, daß die Anhäufung der Ionen an den Grenzflächen mit dem Auftreten der Erregung selbst zeitlich nicht zusammenfällt, sondern daß Vorgänge eingeschaltet sind, die um so rascher verlaufen, je höher die durch den erregenden Stromstoß geschaffene Ionenkonzentration an den Zelloberflächenphasen ist bzw. je steiler sie erreicht wird. *H. Rosenberg* (Berlin).

Tuttle, W. W.: The distribution of tone in skeletal muscle. (Die Verteilung des Skelettmuskeltonus.) (*Dep. of physiol., univ. of Illinois, Urbana.*) Journ. of exp. psychol. Bd. 8, Nr. 4, S. 319—322. 1925.

Verf. hat an einem neuropathischen Individuum, bei dem es beim Beklopfen einer Kniesehne beiderseits zur Kontraktion des Quadriceps kam, die Reflexe registriert. Er fand bei 7 Reizen pro Minute, daß die Ausschläge auf beiden Seiten stets genau gleich waren.

Erich Guttmann (München).

Fujita, Uniroku: Über die Guanidinwirkung auf den Muskeltonus. (*I. med. Klin., Univ. Fukuoka.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **46**, H. 5/6, S. 763—767. 1925.

Die bei Kröte und Frosch nach Injektion von Guanidin auftretende Contractur und die fibrillären bzw. faszikulären Zuckungen sind wesentlich verschieden. Die Guanidincontractur kann durch Atropin, Novocain und Curare leicht aufgehoben werden, die Zuckungen dagegen nur schwer. Tritt die Contractur ohne die Zuckungen auf, so lassen sich keine diskontinuierlichen Aktionsströme ableiten, sondern nur langsame Seitenabweichungen. Außerdem ist bei der Contractur der Kreatiningehalt des Muskels nicht vermehrt. Aus diesen beiden Beobachtungen schließt Verf., daß es sich bei der Guanidincontractur hauptsächlich um eine Vermehrung des parasympathischen Tonus handelt. Die Zuckungen sind von diphasischen Aktionsströmen begleitet, die, solange die Zuckungen fibrillär sind, unregelmäßig und von keiner Amplitude sind, mit dem Auftreten faszikulärer Zuckungen aber regelmäßig und von großer Amplitude werden. Bei Esculenta kommt es im späteren Verlaufe der Vergiftung zu tetanischen Krämpfen, während deren ebenso wie bei der Strychninvergiftung große Ströme von einer Frequenz von etwa 8 pro Sekunde beobachtet werden. Da das Guanidin einerseits nicht auf den Nerven selbst wirkt und andererseits 9—10 Tage nach Nervendurchschneidung auch nicht mehr auf den Muskel wirkt, so ist sein Angriffspunkt an der Nerveneintrittsstelle zu suchen. Überdies scheint bei Esculenta auch die Erregbarkeit der Rückenmarkszentren gesteigert zu werden.

Wachholder (Breslau). °°

Wyss, Oscar: Untersuchungen über Dehnung und Belastung des Skelettmuskels bei der Acetylcholincontractur und beim Tetanus. (*Physiol. Inst., Univ. Zürich.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **210**, H. 4/5, S. 586—597. 1925.

Es wird die Spannungsentwicklung des Froschgastrocnemius bei der Acetylcholincontractur und beim Tetanus auf demselben Wege bestimmt: Der belastungsfreie Muskel wird zur isotonischen Verkürzung gebracht, darauf bis zur Ruhelänge gedehnt und die dabei auftretenden Spannungen messend verfolgt. Dabei zeigt es sich, daß für die Acetylcholincontractur die maximale Verkürzung etwa 3 mal, die zugehörige Spannung etwa 10 mal kleiner ist als die entsprechenden Werte beim maximalen Tetanus. Acetyl-

Digitized by Google

cholincontractur und submaximaler Tetanus vom gleichen Verkürzungsgrad ergeben etwa gleich große Spannungen. Die Dehnungskurven verlaufen für beide Kontraktionsformen im großen und ganzen geradlinig und unter günstigsten Umständen einander nahezu parallel. *Erich Guttmann* (München).

Lythgoe, R. J., and J. R. Pereira: Muscular exercise, lactic acid, and the supply and utilisation of oxygen. Pt. XI. Pulse rate and oxygen intake during the early stages of recovery from severe exercise. (Muskelarbeit, Milchsäure und die Ergänzung und Verwertung des Sauerstoffes. XI. Mitt. Pulsfrequenz und Sauerstoffaufnahme während der Frühstadien der Erholung von schwerer Arbeit.) (*Dep. of physiol., univ. coll., London.*) Proc. of the roy. soc. Ser. B, Bd. **98**, Nr. B 692, S. 468—479. 1925.

Bei Bestimmungen des Sauerstoffverbrauches und der Herzfrequenz während des Beginns der Erholung von schwerer Muskelarbeit zeigte sich, daß Sauerstoffverbrauch und Pulsfrequenz mit dem Aufhören der Körperbewegung plötzlich fallen. Der Sauerstoffverbrauch fällt noch plötzlicher als die Herzfrequenz; dies hängt wahrscheinlich mit der Verminderung der Blutumlaufsgeschwindigkeit zusammen. Die Sauerstoffaufnahme pro Herzschlag fällt unmittelbar bei Aufhören der Arbeit, sogar wenn noch ein beträchtlicher Sauerstoffbedarf der Gewebe besteht. Andere Untersucher haben bei Ruhe und Arbeit dieselben Werte pro Herzschlag gefunden; Verf. beziehen den Unterschied auf die Schnelligkeit der Bewegungen ihrer Versuchspersonen (X. vgl. dies. Zentrlbl. **42**, 257). *Erich Guttmann* (München).

Pereira, J. R.: Muscular exercise, lactic acid, and the supply and utilisation of oxygen. Pt. XII. A note on the technique of determining the resting oxygen intake while breathing concentrated oxygen mixtures. (Muskelarbeit, Milchsäure und die Ergänzung und Verwertung des Sauerstoffes. XII. Mitt. Bemerkung über die Bestimmung der Sauerstoffaufnahme in der Ruhe bei der Einatmung konzentrierter Sauerstoffgemische.) (*Dep. of physiol., univ. coll., London.*) Proc. of the roy. soc. Ser. B, Bd. **98**, Nr. B 692, S. 480—484. 1925.

Die Sauerstoffaufnahme bei der Einatmung von atmosphärischer Luft oder bei der Einatmung von nahezu reinem Sauerstoff ist gleich, wenn man im ersteren Falle mit dem Haldaneschen Apparat zur Gasanalyse, im letzteren mit dem Kroghschen Apparat arbeitet. Der Befund eines höheren Sauerstoffverbrauchs bei Einatmung sauerstoffreicher Gemische, den man erhebt, wenn man in diesem Fall die Haldanesche Apparatur anwendet, beruht auf einem Fehler der Methodik und zwar bei der Stickstoffbestimmung. Bestimmt man diesen bei der Ein- und Ausatmung getrennt (und nimmt nicht von vornherein diese Werte als identisch an), so ergeben sich für den Sauerstoffverbrauch in Luft und in sauerstoffreichen Gemischen die gleichen Werte.
Erich Guttmann (München).

Hill, A. V.: Length of muscle, and the heat and tension developed in an isometric contraction. (Länge des Muskels und Wärme- und Spannungsentwicklung bei isometrischer Kontraktion.) (*Dep. of physiol., univ. coll., London.*) Journ. of physiol. Bd. **60**, Nr. 4, S. 237—263. 1925.

Untersucht wurden Wärme und Spannungsentwicklung des Sartorius des Frosches und des ebenfalls parallelfaserigen Biceps cruris der Schildkröte während isometrischer Kontraktionen von verschiedener Ausgangslänge des Muskels aus. Es ergibt sich, daß die Resultate bei beiden Muskeln, trotzdem sich der Schildkrötenmuskel sehr viel langsamer zusammenzieht, prinzipiell gleich sind und daß auch Verschiedenheiten der Temperatur und der Dauer der Reizung (0,1—5 Sek.) ohne prinzipiellen Einfluß sind. Die Wärmeproduktion erreicht ein Maximum bei einer Ausgangslänge, die etwa 95% der „natürlichen Länge" ist, wobei als „natürlich" diejenige Länge bezeichnet wird, welche der ruhende mit 1—2 g belastete Muskel besitzt. Sowohl bei geringerer als auch bei größerer Ausgangslänge ist die Wärmeproduktion geringer (Heidenhain); die Kurve fällt nach beiden Seiten etwa symmetrisch ab. Ganz entsprechend ist es mit der Spannungsentwicklung, nur daß diese ein etwas anders gelegenes Maximum besitzt —

Digitized by Google

bei 98% der natürlichen Länge — und beiderseits davon noch steiler abfällt, so daß sie schon bei etwa 50% gleich Null ist. Das Verhältnis von Spannung zu Wärme ist am größten bei der natürlichen Länge. Das Verhältnis der aus dem Spannungslängen-Diagramm des Muskels errechneten theoretischen Maximalarbeit zur Wärmeproduktion hat bei der natürlichen Länge etwa den Wert 1,22. Hill ist der Ansicht, daß die Veränderung der Wärmeproduktion mit der Ausgangslänge von einem Mechanismus abhängt, der die Menge der auf einen Reiz freiwerdenden Energie reguliert, während die Veränderung des Verhältnisses der Spannungs- zur Wärmeentwicklung von der Natur des Mechanismus abhängt, durch welchen die chemische in die mechanische Energie umgewandelt wird. *Wachholder* (Breslau).

Psychologie und allgemeine Psychopathologie.

● **Bracken, Helmut von: Persönlichkeitserfassung auf Grund von Persönlichkeitsbeschreibungen. Untersuchungen zum Problem des Personalbogens. — Peters, W.: Die psychologische Anstalt der Universität Jena. Erster Bericht (1923—1925). (Jenaer Beitr. z. Jugend- u. Erziehungspsychol. Hrsg. v. A. Argelander, W. Peters u. O. Scheibner. Nr. 1.)** Langensalza: Julius Beltz 1925. 60 S. G.-M. 2.—.

Die freie und die schematische Schülerbeschreibung wird verglichen und gewertet. Zunächst stellt der Autor in Versuchen fest, daß die Zuordnung beider Beschreibungen kaum gelingt. Weitere Versuche ergaben, daß die Einprägsamkeit von Einzelzügen bei schematischen Beschreibungen geringer ist als bei freien. Die Zahl der angegebenen Züge ist bei der freien Darstellung viel geringer, doch werden dabei fehlende Züge leichter richtig ergänzt. Die Vergleichbarkeit ist bei der schematischen Beschreibung größer als bei der freien. Die richtige Erfassung der wesentlichsten Einzelzüge ist aber bei der freien Beschreibung viel leichter möglich als bei der schematischen. Verf. konnte zahlenmäßig erweisen, daß die schematischen Beschreibungen in der Erfassung der Gesamtstruktur versagen. Der Grund liegt wohl darin, daß die besonderen funktionale Struktur des Individuums durch ein Schema, das für alle Individuen gleich ist, kaum erfaßt werden kann.

Die Beschreibung zu Peters zeigt uns ein Institut, das bei räumlicher Beschränkung und mäßiger Ausstattung doch in seiner inneren Organisation die Gewähr für erfolgreiche Leistungen bietet. *Gregor* (Flehingen i. Baden).

Schulte, Rob. Werner: Über Elektrodiagnose seelischer Eigenschaften. (*Psychotechn. Hauptprüfst. f. Sport u. Berufskunde, Berlin.*) Psychol. u. Med. Bd. 1, H. 1, S. 62—94. 1925.

Verf. führt mit dieser Arbeit den sog. Bisskyschen Apparat in die wissenschaftliche Diskussion ein. Er beschreibt ihn, sowie die vom Verf. daran vorgenommenen Verbesserungen und gibt einen Überblick über die damit erzielten psychologisch-diagnostischen Ergebnisse. Er gibt diese Einführung der „Elektrodiagnoskopie“ „mit einem gewissen Gefühl des inneren Zwiespalts“, und das wird durch die Gewagtheit der grundlegenden Versuchsannahmen nur zu verständlich. Wird doch behauptet, die Oberfläche des Schädels reagiere auf bestimmte elektrische Induktionsreize regionär verschieden, und diesen verschiedenen Reaktionen entsprächen jeweils besondere seelisch-geistige Merkmale. Daß sich gegen solche Behauptung „schroffe Kritik“ erhebt, liegt nahe; und Verf. sagt auch von sich selber, er habe sich „äußerst skeptisch“ verhalten, „bis eine Prüfung der eigenen Veranlagung“ richtige Befunde zeigte. Der Apparat liefert einen mittelfrequenten Induktionsstrom; als differente Elektrode dient der Finger des Untersuchers — letzterer ist in den Stromkreis eingeschaltet. Beim Aufsetzen des Fingers auf den Schädel erhält man individuell und örtlich verschiedene Reizempfindungen: der Untersuchte empfindet sie als abgestufte Schmerzreize, der Untersucher nimmt sie durch Kopfhörer akustisch wahr. Ein schematisches Schädelmodell mit den darin eingetragenen „Reaktionsfeldern“ bietet einen ähnlichen Anblick

Digitized by Google

wie etwa ein Gallsches phrenologisches Modell. Einige — hier willkürlich herausgegriffene — „Reaktionsfelder" heißen: „Anlage für Chemie", „Konstruktivvermögen" und daneben noch besonders „Maschinenbau", „Literatur", „Idealismus", „Klatschsucht" usw. Das ist nicht sehr vertrauenerweckend. Dennoch erklärt Verf., ein als gewissenhaft und erfahren über allem Zweifel stehender Experimentator, daß er an einem großen Material sowohl konstante Befunde im Einzelfall als auch hohe Korrelationen zwischen der „elektrodiagnoskopischen" und der sonstigen psychologischen Merkmalsfeststellung bis ins einzelne erhalten habe. *Kronfeld* (Berlin).

Drever, James: „Conscious" and „unconscious" in psychology. („Bewußt" und „unbewußt" in der Psychologie.) Journ. of abnorm. a. soc. psychol. Bd. **20**, Nr. 4, S. 327—332. 1925.

Ein Vortrag, der nichts Neues bringt. Bewußtsein ist eine Qualität von psychischen Vorgängen, die zu ihnen hinzukommt und wesensmäßig unbeschreiblich ist. Diese Qualität wird durch die Tatsache der psychischen Selbstwahrnehmung logisch vorausgesetzt; damit aber ist noch nicht gegeben, daß Bewußtsein eine besondere Sphäre des Psychischen sei, eine Einheit darstelle usw. Unbewußt sind einmal die psychischen Dispositionen — das „strukturell Unbewußte", und sodann „endopsychische" Vorgänge ohne Bewußtseinsqualität — das „dynamisch Unbewußte". Jede Vertiefung in die eigentlichen Probleme: des Wissens vom „Unbewußten" und dessen, was Kriterium des Psychischen sei, wenn nicht das Bewußtsein, wird vermieden. *Kronfeld* (Berlin).

Bourdon, B.: La perception et la pensée verbales. (Die Wahrnehmung und Vorstellung der Worte.) Journ. de psychol. norm. et pathol. Jg. **22**, Nr. 9, S. 721 bis 727. 1925.

Die Worte unterscheiden sich, was ihre Wahrnehmung und Vorstellung betrifft, nicht spezifisch von anderen Gegenständen: Man hört die Stimme einer Person ebenso wie ein Geräusch, man hat beim Schreiben ebensolche Empfindungen in den Händen wie bei anderen Bewegungen. In Parenthese bemerkt hier Verf., daß diese Gleichheit der Natur der psychologischen Phänomene der Worte mit anderen nicht verbalen Phänomenen die Hypothese unwahrscheinlich macht, daß im Gehirn Spezialzentren für die Sprachphänomene existieren. An den Worten können alle psychischen Funktionen vollzogen werden wie an anderen Arten psychischer Phänomene: man kann die Aufmerksamkeit darauf lenken, sich daran erinnern, sie erkennen, sie mit anderen Phänomenen assoziieren, sie vergleichen. Fehlt aber ein spezifischer Unterschied, so haben die Worte doch gewisse Besonderheiten, eine Folge ihrer besonderen Rolle als Verständigungsmittel. Eine dieser Besonderheiten ist, daß die Worte zum Zwecke der Mitteilung mit großer Exaktheit hervorgebracht und ebenso wahrgenommen werden müssen. Dasselbe gilt für die Schrift. Im Gegensatz dazu genügen uns bei anderen Gegenständen sehr undeutliche Wahrnehmungen und Vorstellungen. Eine zweite Besonderheit ist, daß wiederholte Wahrnehmungen oder Vorstellungen des gleichen Wortes sich wenig voneinander unterscheiden, während die verschiedenen Wahrnehmungen eines Gegenstandes von einander sehr abweichen. Eine dritte Besonderheit ist das häufigere Vorkommen der Worte. Nicht alles Denken ist sprachlich, aber das Denken hat oft die Tendenz, in Worten zu verlaufen, besonders bei Personen, die eine Disposition haben, in Worten zu denken. Es gibt Beschäftigungen, bei denen die Worte eine große Rolle spielen, manche Wissenschaften, besonders die Mathematik, Philosophie, Grammatik. Andererseits gibt es Beschäftigungen, die hauptsächlich mit gegenständlichen Vorstellungen arbeiten. Übrigens verbinden sich meist die Wahrnehmungen und Vorstellungen der Worte mit anderen nicht sprachlichen Phänomenen, das, was wir den Sinn der Worte nennen. Je allgemeiner eine Vorstellung ist, um so undeutlicher, unklarer ist sie; das Wort dagegen behält seine präzise Wahrnehmung, wenn auch sein Sinn manchmal sehr undeutlich ist. Unsere Handlungen werden oft durch sehr unvollständige Wahrnehmungen bestimmt. In manchen Wissenschaften, z. B. in der Mathematik, sind die Wahrnehmungen und Vorstellungen fast nur verbal.

Sittig (Prag).

Digitized by Google

Bartlett, F. C.: Feeling, imaging and thinking. (Fühlen, Vorstellen und Denken.) (*Psychol. laborat., univ., Cambridge.*) Brit. journ. of psychol., gen. sect. Bd. **16**, Nr. 1, S. 16—28. 1925.

In programmatischen Sätzen wird das Gefühl, dem der Affekt gleich gesetzt wird, verstanden aus der Situation eines Konfliktes der Strebungen oder aus dem mangelhaften Unterscheidungsvermögen. Dabei wird die letztere Situation erläutert als diejenige, in der gewisse gegebene Strebungen durch die Aufgabe gehemmt oder erleichtert sind. Dann wird auf die Neigung der Gefühle, sich auszubreiten und sich zu übertragen, aufmerksam gemacht. Hiermit wird auch der — anscheinend fest mit gewissen Vorstellungen verbundene — Gefühlston erklärt. Die Bedeutung des Affektes wird in biologischer Beziehung darin erblickt, daß er dem Organismus anzeigt, ob eine Situation einen Widerstreit oder ein Zusammenfallen von Strebungen enthält. Er bildet einen Antrieb, zeigt aber keinen Weg an. Umgekehrt zielt das Vorstellen mehr hierauf ab, läßt aber das antreibende Moment vermissen. Gegenüber der rückwärts gerichteten Vorstellung stellt das vorwärts gerichtete Denken einen neuen, höher entwickelten Weg vor, aus einer peinlichen Situation heraus oder in einer nützlichen Situation weiter zu kommen. Die untrennbare Vermischung zwischen Fühlen, Vorstellen und Denken im praktischen Leben wird betont. — Vielleicht etwas zu stark schematisierte Theorie einer entwicklungsgeschichtlich und biologisch orientierten Psychologie. *Leyser* (Gießen).

Schoen, Max: Tests of musical feeling and musical understanding. (Teste zur Prüfung des musikalischen Gefühls und des musikalischen Verständnisses.) Journ. of comp. psychol. Bd. **5**, Nr. 1, S. 31—52. 1925.

Drei Aufgabenserien sollten zur Prüfung des Verständnisses für die relative Tonhöhe, für melodische Tonfolge und für die Auffassung und den Vergleich verschiedener Rhythmen als gültige und einwandfreie Tests geeicht werden. Die große Variation der Aufgaben, deren Auswahl für die zweite Aufgabenserie aus anerkannten Meisterwerken und nach bestimmten musikalischen Gesetzen erfolgte, ermöglichten es dem Verf., brauchbare Resultate zu erzielen. *v. Kuenburg* (München).

Brehmer, Fritz: Die Prüfung der musikalischen Begabung. Zeitschr. f. pädag. Psychol. Jg. **26**, Nr. 6, S. 321—327. 1925.

Brauchbare Methoden zur Prüfung der musikalischen Begabung sind erst in den letzten Jahren durch Verf. und andere entwickelt worden. Auf sie hinzuweisen ist der Zweck der Arbeit. Im Mittelpunkte des Interesses steht die melodische Begabung, deren Untersuchung sich nicht auf Reproduktion von Melodien beschränken darf, sondern auch vergleichende Beurteilung, Identifikation, umfassen muß, wobei auch die Fähigkeit, eine Melodie als einheitliches Ganzes aufzufassen, geprüft werden soll. Durch weitere Ausdehnung derartiger Versuche müssen brauchbare Durchschnittswerte für die Praxis gefunden werden. Weitere Komponenten sind die harmonische und rhythmische Veranlagung. Dabei ergeben sich mannigfache Beziehungen zwischen den genannten Komponenten, so daß sich einzelne Fähigkeiten, wie Formgefühl und Schlußgefühl, nicht ganz leicht in eine der drei genannten Beanlagungsseiten einordnen lassen. Hier werden schon begonnene Untersuchungen weitere Klarheit schaffen. Das sind erst die Grundlagen, auf denen sich ein Auswertungsverfahren der Ergebnisse der einzelnen Prüfungsaufgaben aufzubauen hat. Für die Berufsberatung treten dann noch eine ganze Reihe anderer Fragen neu hinzu, unter denen die körperliche Eignung eine entscheidende Bedeutung besitzt. *Reiss* (Dresden).

Lund, Frederick Hansen: The psychology of belief. A study of its emotional and volitional determinants. (Die Psychologie des Glaubens.) Journ. of abnorm. a. soc. psychol. Bd. **20**, Nr. 1, S. 63—81 u. Nr. 2, S. 174—196. 1925.

Auf 30 mehr oder minder sicher zu beantwortenden Fragen mußten die Versuchspersonen angeben nach einer vereinbarten Skala einmal inwieweit sie das in der Frage Behauptete glauben können und inwieweit für sie Zweifel bestehen. Dann war zu

Digitized by Google

entscheiden die Sicherheit ihrer Stellungnahme und weiterhin inwieweit Wunschmomente dabei mithineinspielten, und schließlich, ob es sich nur um eine Annahme oder um eine sichere Überzeugung handele. Auf Grund zahlreicher Versuche kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Gefühlsmomente spielen für den Glauben eine sehr erhebliche Rolle. Trotzdem besteht eine starke Neigung zu rationaler Begründung des Geglaubten. Die überwiegende Bedeutung der Gefühlsmomente werden bei anderen von den Versuchsmomenten leichter gewürdigt als bei sich selbst. Ein einmal angenommener Glaube wird nur ungern aufgegeben. Die Art, in der sich die Dinge zuerst dem Menschen darbieten, ist für den Inhalt seines Glaubens von entscheidender Bedeutung. Der Gegensatz von Wissen ist nicht Glauben, sondern Meinen. Auf der langen Linie, die sich zwischen diesen beiden Endpunkten ausdehnt, liegen die verschiedenen Möglichkeiten des Glaubens. *Reiss* (Dresden).

Terman, Lewis M.: Die Pflege der Begabung. Zeitschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädag. Jg. 26, Nr. 3, S. 137—144. 1925.

Die dankenswerte Übersetzung eines von Terman gehaltenen Vortrages zeigt uns die Gedankengänge dieses amerikanischen Forschers, der die Erlebnisse seiner groß angelegten Testuntersuchungen beurteilt, praktische Ausblicke gibt und sie für die pädagogische Auswertung nutzbar macht. Aus einer $^1/_4$ Million Kinder verschiedener Städte werden die bestbegabten mittels des National-Intelligence-Test des Stanford-Binet-Test ausgewählt und zugleich Nachforschungen angestellt über ihre Gesundheit, ihre körperlich-geistige Entwicklung vom 1. Lebensjahr an, ihren Unterrichtsfortschritt, ihre soziale Entwicklung, über die Gesundheitsverhältnisse und die soziale Stellung der Eltern und Voreltern. Es gelang ihm, mehrere Vorurteile zu entkräften; so fand er beispielsweise, daß die Begabten in mehr als 80% aus den bessergestellten Ständen hervorgehen und nur in 1—2% aus denen der ungelernten Arbeiter. Die Vorfahren der Begabten seien in den meisten Fällen ebenfalls hochbegabt gewesen und waren hohe Offiziere, Staatsmänner, Schriftsteller oder andere bemerkenswerte Persönlichkeiten. Die Gesundheitsverhältnisse der Begabten seien in allen Fällen bessere gewesen, als man bisher angenommen hat; die Frage nach dem Geschlechtsunterschiede inbezug auf die Intelligenz sei veraltet: 3 Spitzenleistungen seien von Mädchen, sonst fand sich ein Überschuß an begabten Knaben in etwa 20%. Die Ansicht, als seien begabte Kinder schwer anpassungsfähig, mißvergnügt oder spielunkundig, fand er nicht bestätigt. Daher sei die Begabtenauslese eine Notwendigkeit, um es nicht dem Zufall oder dem günstigen Schicksal zu überlassen, ob ein Talent sich durchsetze oder nicht, wie z. B. bei Newton, Liebig u. a. Auch die Einheitsschulform sei zu verwerfen und neben den Normalklassen seien Gelegenheitsklassen für Schwach- und Hochbegabte zu erstreben. *von Kuenburg* (München).

Gaw, Frances: A study of performance tests. (Untersuchung über Werkprüfungen.) Brit. journ. of psychol., gen. sect. Bd. 15, Nr. 4, S. 374—392. 1925.

Unter „Performance tests" = Werkprüfungen werden kurze Prüfungen der geistigen Fähigkeiten durch Aufgaben verstanden, bei denen sprachliche Leistungen vermieden werden. 14 Tests, die bereits an amerikanischen Schulkindern und Armeeangehörigen erprobt waren, wurden herausgesucht und an 100 Schulkindern — 52 Knaben und 48 Mädchen — der Londoner Elementarschulen im Durchschnittsalter von 13,5 Lebensjahren und von annähernd den gleichen normalen Intelligenzquotienten (0,96 bzw. 0,93) durchgeprüft. Die Aufgaben, die wir hier nicht genauer aufführen können, sind teils Ergänzungs- und Substitutionsaufgaben an rein optischem Material, also ohne handliche Betätigung, teils Konstruktions- und Geschicklichkeitsprüfungen, also mit manueller Beanspruchung; auch ein Labyrinthversuch ist dabei. Es sollen die Eigenschaften bestimmt werden, die durch die Tests getroffen sind, und es soll weiterhin die Brauchbarkeit des Standards der Prüfungsaufgaben für englische Kinder festgestellt werden. Bei der Durchführung zeigt sich ein Teil der Tests in gleicher Weise anwendbar wie in Amerika, ein Teil dagegen von anderer Wertigkeit, zu schwer oder zu leicht für das betreffende Alter. Es werden deutlich Differenzen in den Leistungen der beiden Geschlechter beobachtet dergestalt, daß die Mädchen bei Aufgaben mit nicht-geometrischen Verhältnissen, die Knaben bei den Aufgaben mit geometrischen Verhältnissen, mit Anforderungen an die Handgeschicklichkeit und an das selbsttätige Denken das Übergewicht haben. Ein Vergleich

Digitized by Google

mit den Resultaten der (revidierten) Binet-Prüfungen ergibt Übereinstimmung dieser Tests mit einer Reihe von Werktests, was für den Autor ein Beweis dafür ist, daß diese Werktests tatsächlich einen zentralen Intelligenzfaktor treffen. Im ganzen sind natürlich erhebliche Differenzen zwischen den „nichtsprachlichen" (Werk-) und den „sprachlichen" (Binet-) Tests vorhanden; es ist aber nicht angebracht, überhaupt eine Korrelation der beiden Systeme vorzunehmen. Es erscheinen gewisse typische Differenzen zwischen den nach beiden Systemen errechneten Intelligenzgraden je nach der sprachlichen oder nichtsprachlichen Begabung des Untersuchten. Daher können sich die beiden Systeme glücklich ergänzen. Daß übrigens außer dem Anlagefaktor auch ein Umweltfaktor für die Leistungen maßgebend sein kann, mögen die Besserleistungen der Kinder aus ganz schlechtem Milieu („Kanalbootkinder") in den Werktests gegenüber den Binet-Aufgaben zeigen, da bei diesen Kindern schon im Milieu die sprachliche Durchbildung zurücktritt gegenüber der technisch-manuellen Übung.

E. Feuchtwanger (München). °°

Hutt, R. B. W.: Standardization of a color cube test. (Eichung des Farbwürfeltests.) Psychol. clin. Bd. **16**, Nr. 3/4, S. 77—97. 1925.

An über 1000 Kindern von 6—14 Jahren wurden Versuche mit dem „Farbwürfeltest" durchgeführt, der darin besteht, daß eine Vorlage von 4 Farbwürfeln, die zusammengesetzt bestimmte Muster ergeben, von der Versuchsperson nachzubilden ist; über Zeit, Fehler und Arbeitsweise der Versuchsperson wird dabei Protokoll geführt. Die Ergebnisse der Versuche wurden von verschiedenen Gesichtspunkten aus diskutiert, und es wurde eine „Eichung" (Standardization) der Tests für die einzelnen Altersstufen vorgenommen. *Bobertag* (Berlin). °°

● **Naunyn, B.: Die organischen Wurzeln der Lautsprache des Menschen.** München: J. F. Bergmann 1925. 42 S. G.-M. 3.—.

Naunyn zeigt sich auch in diesem, knapp vor seinem Tode vollendeten Büchlein als Beherrscher der Materie und der Literatur, selbst der modernsten. In der Zentrenfrage z. B. ist er von der älteren Richtung strenger Lokalisation abgewichen und vertritt die Ansicht, daß Zentren die Stellen seien, von denen aus eine Funktion am leichtesten verlegt werden könne. Die Liepmannsche Apraxie unterwirft er einer eingehenden Kritik, die Bedeutung des Rhythmus für die Sprache kennt und würdigt er. Kurz, er ist auch auf dem Gebiete der Sprache, das seinem eigentlichen Arbeitsfelde ferner lag, derselbe gründliche, gedankenreiche und anregende Forscher, wie dort, von wo sein Ruhm ausgegangen ist. *Fröschels* (Wien).

Tomb, J. W.: On the intuitive capacity of children to understand spoken language. (Über das intuitive Sprachverständnis der Kinder.) Brit. journ. of psychol., gen. sect. Bd. **16**, Nr. 1, S. 53—55. 1925.

Verf. hatte in Indien Gelegenheit zu beobachten, mit welcher Leichtigkeit Kinder sich die vielen verschiedenen Sprachen aneignen, die dort in einem Distrikt von den Angehörigen der einzelnen Bevölkerungsklassen gesprochen werden, während ihre Eltern sich in der Regel nur mühevoll mit Hilfe eines Lehrers nach ausdauernder Arbeit in einer fremden Sprache auszudrücken lernten. In Bengalen z. B. sei es nichts ungewöhnliches, daß im Lande geborene 3—4jährige englische Kinder mit den Eltern Englisch, mit ihren Pflegerinnen Bengalisch, mit den Gartenarbeitern in Santali, mit den Hausangestellten in Hindustani sich unterhalten könnten. Verf. nimmt daher an, daß Kinder eine intuitive Fähigkeit besitzen, mit dem Wortklang die richtige Bedeutung zu verknüpfen, eine Fähigkeit, die bei allen mit zunehmendem Alter verloren gehe.

Erwin Straus (Charlottenburg). °

Rees, John R.: The psychology of the boy. (Zur Psychologie des Knaben.) Child Bd. **15**, Nr. 5, S. 157—159. 1925.

Im Durchschnitt steht von der Geburt bis zum 7. Lebensjahre die Mutter im Zentrum aller Beziehungen des Knaben. Dann beherrscht bis zum 12. Jahre der Vater als Ideal das Bild. In der Pubertät bis zum 18. Lebensjahr wendet sich das Interesse den Mitschülern zu, jenseits dieses Alters dem anderen Geschlecht. Diejenige Mutter ist die beste, die in der Erziehung des jungen Menschen ihn in der Reifezeit von sich weg entwickeln läßt in der Richtung auf die Gattenwahl. Auch der erzieherische Einfluß des Vaters soll nicht auf eine zu starre Bindung an sich und die väterliche Autorität gehen, um nicht absolute Hörigkeit oder revolutionären Protest zu erzeugen. Zur Befreiung von konventioneller Bindung gehört auch die rückhaltlose Aufklärung in ge-

Digitized by Google

schlechtlichen Dingen. Die Erziehung soll ausgehen auf Freiheit, Ideale, Selbstverantwortung, Selbstvervollständigung und, wenn möglich, zur „Fähigkeit über sich selbst zu lachen". *E. Feuchtwanger* (München).°°

Root, W. T.: The psychology of radicalism. (Die Psychologie des Radikalismus.) Journ. of abnorm. a. soc. psychol. Bd. **20**, Nr. 4, S. 341—356. 1925.

Nach einer kurzen soziologischen Gegenüberstellung des liberalen, des konservativen und des radikalen Staatsbürgertypus geht Verf. auf die Psychologie der „radikalen" Persönlichkeit ein. Er weist zunächst auf die unklare, meist aus einer Affekthaltung heraus gegebene Anwendung des Begriffes „radikal" hin und sucht diese Verhaltensweise aus massenpsychologischen Mechanismen abzuleiten (in Anlehnung an W. Lippmanns Buch „Die öffentliche Meinung"). Dann kommt er zu einer Unterscheidung des affektiv bedingten vom intellektuellen Radikalismus. Der erste trete auf bei konstitutioneller oder bei induzierter Affekterregbarkeit (emotionalism). Ein konstitutionelles Moment sei die erleichterte emotive Ansprechbarkeit, die zu hysterischen oder paranoischen Reaktionen neige; daneben finden sich häufig epileptische, schizophrene oder neurasthenische Züge, oft Schwachsinn. Eine gesteigerte Suggestibilität führe aber auch bei manchen sonst emotionell ausgeglichenen Personen zu plötzlicher „Transformierung" des Affekthabitus, sobald gewisse Komplexe angerührt werden (Politik, Rasse, Nationalismus usw.): Phänomen des induzierten Radikalen. — Der intellektuelle Radikalimus (auf wissenschaftlichem und philosophischem Gebiet) stehe immer in Opposition zum Konservativismus: er setzt an jeden Beginn den Zweifel. Jede streng wissenschaftliche Stellungnahme ist radikal, schon weil ihr allein die Anerkennung der Wahrscheinlichkeitsgrade zu eigen ist. Der Pragmatismus von W. James ist der Typ einer radikalen Philosophie. Schöpferisches Denken ist immer radikal. — Zuletzt geht Verf. noch ein auf den Radikalismus, der sich auf dem Gebiete von Wirtschaft, Handel und Industrie äußert, und führt dafür einige Beispiele aus dem heutigen Amerika an. *H. Schulte* (Berlin).

● **Wulffen, Erich: Kriminalpsychologie. Psychologie des Täters. Ein Handbuch für Juristen, Justiz-, Verwaltungs- und Polizeibeamte, Ärzte, Pädagogen und Gebildete aller Stände. (Enzyklopädie der Kriminalistik. Samml. v. Einzelwerken beruf. Fachmänner. Hrsg. v. Kurt Langenscheidt.)** Berlin: P. Langenscheidt 1926. 476 S. RM. 24.—.

Zur Kennzeichnung des Werkes darf auf Verf.s bekannte „Psychologie des Verbrechers" hingewiesen werden. Es deckt sich im wesentlichen nach Darstellung und Inhalt mit dieser früher erschienenen zweibändigen Arbeit, nur daß die Zusammendrängung des Stoffes auf einen Band einer stärkeren Zusammenfassung des Inhalts und der stärkeren Hervorhebung der rein kriminalpsychologischen Fragen zugute kam. Im übrigen treten Vorzüge und Schwächen der Wulffenschen wissenschaftlichen Veröffentlichungen: Anhäufung zahlreichen Einzelmaterials, weiter Überblick über das ganze Stoffgebiet, vorurteilsose Betrachtungsweise, anschauliche, oft etwas sehr phantasievolle Darstellungsweise einerseits, Mangel an scharfen begrifflichen Prägungen, an prägnanter Erfassung der Zusammenhänge, an systematischer und scharf gezeichneter Umreißung der kriminellen Typen und Spielarten andererseits — auch in diesem Werke bezeichnend hervor. *Birnbaum* (Herzberge).

Lippmann, Werner: Analyse eines Kriminellen. (Ein Beitrag zur Kriminalpsychologie.) Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychanalyse Bd. **2**, S. 288—316. 1926.

Verf. berichtet über die Analyse eines kriminellen Falles, der eine beinahe unübersehbare Menge von Symptomen darbot. Neben manifesten kriminellen Handlungen und kleptomanischen Tendenzen mit Symbolcharakter, neben Andeutungen von Zwangshandlungen und Zwangsdenken bestanden Sexualperversionen der verschiedensten Art: Homosexualität, Sadismus, Masochismus usw. und schließlich Narkotomanie. „Dem mit aller Energie sich durchsetzenden Trieb-Ich stand das Ideal-Ich mit scheinbar schwacher Besetzung gegenüber." Wie Verf. dann des weiteren die Kriminalität des Patienten in inneren Zusammenhang mit den durch die analytische Arbeit freigelegten tieferen Schichten seines Seins bringt und ihre Gestaltung hieraus erklärt, entzieht sich einer kurzen Wiedergabe im Referat.

Birnbaum (Herzberge).

Digitized by Google

Wetzel, Richard: Zur wissenschaftlichen Erforschung der Krüppelseele. Zeitschr. f. Krüppelfürs. Bd. 18, H. 5/6, S. 65—70. 1925.

Wetzel regt eine systematische Organisation der psychologischen Untersuchung der Krüppelkinder im Interesse der wissenschaftlichen Erforschung und der Erziehung nach den üblichen kinderpsychologischen Prüfungsmethoden an. Diese Aufgabe ist gewiß sehr wichtig und kann uns ein bisher wenig bekanntes Gebiet erschließen. Wenn aber nicht nur eine große Zahl von Untersuchern in den Dienst einer ausgedehnten Materialsammlung gestellt werden soll, sondern wirkliche individual- und gruppenpsychologische Einsichten gewonnen werden sollen, so mußte von vornherein neben Leistungs-, Eignungs-, Begabungs- und sonstigen Zerlegungsprüfungen auf die charakterologische Erfassung der Kinder ein entscheidender Wert gelegt werden. „Krüppel" ist kein psychologischer Begriff und er darf angesichts der so großen Verschiedenheit der körperlichen und geistigen Mängel dieser Kinder nicht dazu gestempelt werden. *Homburger* (Heidelberg).₀

Römer, G. A.: Psychographische Tiefenanalyse und innerer Aufbau der Persönlichkeit. (*Leipzig, Sitzg. v. 18.—21. IV. 1923.*) Ber. über d. VIII. Kongr. f. exp. Psychol. S. 190—192. 1924.

Der Tiefentest will feststellen, ob die zu bewertende Persönlichkeit in ihrer seelischen Struktur sich im seelisch-dynamischen Gleichgewicht befindet; denn der wahre Wert einer Persönlichkeit darf nicht nach intellektuellen Einzelfunktionen bemessen werden, sondern nach dem inneren Ausgleich, der als Gesundheit der Persönlichkeit bezeichnet wird. Der Tiefentest beruht sowohl auf experimentell-psychologischen Beobachtungsreihen, als auch auf psychoanalytischer Forschung. *von Kuenburg* (München).°°

Brooke, Margaret C.: Grouping by abilities. (Gruppierung nach Fähigkeiten). (*Psychol. clin., univ. of Pennsylvania, Philadelphia.*) Psychol. clin. Bd. **16**, Nr. 3/4, S. 119—127. 1925.

Erörtert auf Grund bisheriger Erfahrungen die Gesichtspunkte, von denen aus die Gruppierung von Kindern nach geistigen Fähigkeiten im Dienste der Schulbahn- und Berufsberatung zu geschehen hat, und befürwortet die Einführung von berufskundlichen Unterweisungen Jugendlicher sowie den Ausbau messender Verfahren zur Feststellung berufswichtiger Eigenschaften. *Bobertag* (Berlin).°°

Zillig, Maria: Experimentelle Untersuchungen über Umstellbarkeit. (*Psychol. Inst., Univ. Würzburg.*) Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg., I. Abt.: Zeitschr. f. Psychol. Bd. **97**, H. 1/2, S. 1—31. 1925.

Es gibt gute und schlechte „Umsteller", d. h. Personen, die sich durch ihre geistige Beweglichkeit rasch und gut, andere nur schwer dem Wechsel neuer Aufgaben unterwerfen. Um dieser Tatsache näher zu kommen und die Umstellbarkeit in ihrem Verhältnis zur Arbeitstüchtigkeit, Intelligenz und Abhängigkeit vom Inhalt des jeweiligen Arbeitsgebietes zu prüfen und die Ergebnisse auch für die Lösung pädagogischer Fragen nutzbar zu machen, wurden Schülerinnen der 3. und 4. Volksschulklassen vor verschiedene Prüfungsaufgaben gestellt. Es zeigte sich, daß es Personen gibt, die unabhängig vom Arbeitsgebiet gute oder schlechte Umsteller sind. Bei anderen ist der Umstellbarkeitsgrad abhängig vom Inhalt des Einstellungsbereiches und zwar finden sich solche, die vom Inhalt der Arbeit, andere die von der Art und Weise des Tätigkeitswechsels abhängig sind: diese sind die bedingt guten oder schlechten Umsteller. Der Grad der Umstellbarkeit einer Person ist nicht identisch mit dem Grad ihrer Arbeitsgeschwindigkeit, ebenso nicht mit dem Grad ihrer Arbeitstüchtigkeit und Intelligenz.

von Kuenburg (München).₀

Abel, Theodora Mead: Tested mentality as related to success in skilled trade training. (Beziehung zwischen Testprüfungsergebnis und Erfolg im Gewerbeschulunterricht.) Arch. of psychol. Bd. **12**, Nr. 77, 82 S. 1925.

Die Untersuchung, über die hier berichtet wird, wurde an zwei Gruppen von je etwa 100 Gewerbeschülerinnen (Trade School for Girls) vorgenommen, die sich nur hinsichtlich ihrer Berufseignung unterschieden, indem die eine Gruppe den Lehrkursus vollständig, die andere nur teilweise durchmachen konnte. Es sollten die psychologischen Faktoren, auf denen dieser Unterschied der beruflichen Ausbildungsfähigkeit beruhte, ermittelt werden. Die hierbei ver-

Digitized by Google

wendeten „Teste" waren: 1. eine Prüfung der „abstrakten" (logisch-sprachlichen) Intelligenz, 2. eine Prüfung der nicht-sprachlichen Intelligenz, 3. eine Prüfung des Schulwissens, 4. eine Prüfung des „technischen Verständnisses". 5. eine Prüfung der motorischen Geschicklichkeit, 6. eine Prüfung des „Willens und Temperaments". Die Ergebnisse dieser Prüfungen wurden in vielfältiger Weise unter sich sowie mit den Lehrerfolgen und den späteren Berufserfolgen (gemessen durch die Höhe des Verdienstes) verglichen. Von den Hauptresultaten der Untersuchung seien folgende erwähnt: 1. in bezug auf die abstrakte Intelligenz und das Schulwissen ist der Unterschied beider Gruppen am größten; 2. in bezug auf die nicht-sprachliche Intelligenz und das technische Verständnis ist der Unterschied etwas kleiner, jedoch groß genug, um zu beweisen, daß der Lehrerfolg von der visuellen und handwerklichen Begabung sowie von der Fähigkeit zum Zusammenarbeiten von Auge und Hand abhängig ist; 3. in bezug auf die Bewegungsschnelligkeit von kurzer Dauer ist der Unterschied wiederum etwas kleiner; 4. in der Willens- und Temperamentsprüfung zeigte die bessere Gruppe mehr Ausdauer und größere Schnelligkeit der Entscheidung sowie mehr Geneigtheit, sich in ihrem Verhalten und ihrem Urteil (über ihre Charaktereigenschaften) vom Versuchsleiter beeinflussen zu lassen; 5. die bessere Gruppe erzielte höheren Anfangsverdienst im Beruf. *Bobertag* (Berlin).°°

● **Benussi, Vittorio: La suggestione e l'ipnosi come mezzi di analisi psichica reale. (Attualità scient. Nr. 33.)** (Suggestion und Hypnose als Mittel der psychischen Realanalyse.) (*Laborat. di psicol., univ. Padova.*) Bologna: Nicola Zanichelli 1925. 171 S. L. 17.50.

Die Suggestion beruht nach der Auffassung des Autors auf der Fähigkeit eines Individuums, irreale — in der Vergangenheit oder Zukunft gelegene oder nur vorgestellte — psychische Inhalte zu realisieren. Heterosuggestion ist nur in dem Maße möglich, als Autosuggestion möglich ist. Ihre Voraussetzung — die „Leichtgläubigkeit" — tritt in zwei Formen auf, einer pathologischen und einer normalen. Ihre pathologische Form ist durch „Diffluenz" gekennzeichnet, d. h. durch die Tatsache, daß die „Realisation" sich nicht streng auf das unmittelbar vom Suggestor gemeinte Objekt beschränkt, sondern von hier auf andere Gebiete übergreift, also gewissermaßen Eigenleben gewinnt, unabhängig vom Suggestor. Nur die normale — unkritische — Form der Leichtgläubigkeit, die ihre Abhängigkeit vom Suggestor beibehält, ist für das Experiment verwendbar. Auf Grund sorgfältiger, graphisch dargestellter und analysierter Beobachtungen der Respiration ergibt sich, daß sich der Zustand der Wachsuggestion und der der hypnotischen Suggestion, was den Atemtypus anbelangt, sowohl vom normalen Wachzustand als auch vom normalen Schlaf unterscheiden, daß sie aber im Wesen den Wachzuständen zuzurechnen sind. Nur die Gesichtsmimik im hypnotischen Schlaf nimmt den Anschein des Schlafes an. Auch der durch Suggestion hervorgerufene „tiefe Nachtschlaf" unterscheidet sich vom wirklichen Schlaf u. a. dadurch, daß er keine Abstufungen der Schlaftiefe besitzt. Auf Grund dieser Auffassungen vom Wesen der Suggestion ging der Verf. daran, die Hypnose zur Analyse seelischer Vorgänge experimentell zu verwerten. Beispiele dafür enthält die vorliegende Monographie. So konnte er zeigen, daß die bekannte Schwierigkeit der Reproduktion von Reihen in umgekehrter Reihenfolge durch Hypnose aufgehoben werden kann, woraus zu schließen ist, daß die rückläufige Reproduktion im Wachzustand einer durch Hypnose aufzuhebenden Hemmung unterliegt. Ebenso ließ sich das Gesetz der binokulären Lokalisation von Hering durch Suggestionsversuche erhärten. Das Wiederauftauchen eines durch hypnotischen Befehl vergessenen Wissens wird in allen Einzelheiten beobachtet und beschrieben. Die Hypnose ermöglicht eine Verlangsamung des Prozesses und dadurch gewissermaßen seine Beobachtung mit der Zeitlupe. Im hypnotischen „Grundschlaf" (sonno base), der vor allem bezüglich der ihm zukommenden Respirationsform eingehend beschrieben wird, gelang es, „objektlose" Affektzustände jeder Art hervorzurufen und den ihnen zukommenden Atemtypus festzuhalten. Desgleichen ließen sich „reine", d. h. objektlose pseudointellektuelle oder pseudoemotive Zustände (Zweifel, Unverständnis, Verwirrung u. dgl.) erzeugen. Die Protokolle der Versuche zur Hervorrufung reiner Affekt- und Geisteserlebnisse wiesen auffallende Beziehungen zu den Beschreibungen der mystischen Ekstase durch die Hl. Therese auf. Ferner werden die Respirationstypen des normalen körperlichen Schmerzes, des suggerierten Schmerzes

Digitized by Google

und des „objektiven" Schmerzes bei suggerierter Analgesie miteinander verglichen und charakteristisch verschieden gefunden. Schließlich dient zur Beobachtung psychischer Normalvorgänge die Methode der suggestiven Ausschaltung vermittels des Auftrages, in einem Komplex von sichtbaren Eindrücken nur die eine Gruppe von ihnen zu sehen „und sonst nichts". Für Einzelheiten dieses Abschnittes muß auf das Original verwiesen werden. — Immer wieder muß darauf hingewiesen werden, daß noch so sorgfältige Versuchsanordnung über das Problematische des hypnotischen Zustandes nicht hinwegtäuschen und eine einwandfreie Verwertbarkeit des Beobachtungsmaterials für außerhalb der Suggestion liegende psychologische Fragen nicht gewährleisten kann. Die protokollarischen Angaben der Versuchsperson über ihr inneres Erleben nach dem Auftrag, „objektlosen" Zorn zu empfinden, besagen gar nichts über das, was die Vp. während des Versuches „wirklich" erlebt hat, sondern beweisen nur ihren Gehorsam und ihr Verständnis für das, was der Experimentator von ihr erwartet — zumal da die Versuche so gut wie ausschließlich an einer einzigen, jahrelang geschulten Vp. ausgeführt wurden, über deren Nerven- und Geisteszustand gar nichts mitgeteilt wird. Daß die auf diesem Wege ermittelten Respirationskurven für bestimmte Affektlagen wirklich als für diese charakteristisch und als allgemeingültig angesehen werden müssen, darf wohl bezweifelt werden. Suggerierte und natürlich motivierte Affekte haben vielleicht weniger miteinander gemein, als der Verf. glaubt und als die Vp. zu Protokoll gibt. *Erwin Wexberg* (Wien).

Slight, David: Hypnagogic phenomena. (Beobachtungen im Halbschlaf.) Journ. of abnorm. psychol. Bd. **19**, Nr. 3, S. 274—282. 1924.

An Hand von Träumen, die zwischen Wachen und Schlafen auftreten, beim Einschlafen oder morgens beim Erwachen, und die unmittelbar nach dem Auftreten noch im halbwachen Zustand mit allen Einzelheiten der vorhergehenden Gedankengänge, zufälliger Reize usw. vom Verf. niedergeschrieben wurden, wird der Zusammenhang der Trauminhalte mit Tageserlebnissen usw. gezeigt. Verf. wiederholt dann die oft gegen die Freudsche Traumsymbolik gemachten Einwände und fordert, man dürfe die Analyse eines Traumes nur im Zusammenhang des ganzen Traumes und nicht von einem einzelnen Punkte aus beginnen. Und nur, wenn ein Bild im Zusammenhang des Traumes keinen Sinn ergäbe, dürfe ein sexuelles Symbol angenommen werden. *Albrecht* (Berlin).

Marcus, Henry, und Ernst Sahlgren: Über die Einwirkung der hypnotischen Suggestion auf die Funktion des vegetativen Nervensystems. II. Mitt. (*Nervenklin., Karolin. Inst., Stockholm.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 35, S. 1457. 1925.

(I. vgl. dies. Zentrlbl. **41**, 268.) Durch die hemmende Suggestion während der Hypnose kann die pharmakologische Wirkung von Adrenalin, Pilocarpin und Atropin bedeutend abgeschwächt werden. *de Crinis* (Graz).

Landenheimer, R.: Über die Einwirkung der hypnotischen Suggestion auf die Funktion des vegetativen Nervensystems. Zur II. Mitteilung von Marcus und Sahlgreen. Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 43, S. 1843. 1925.

Wie beobachtet wurde, daß durch hemmende Gegen-(Auto-)Suggestionen die Wirkungen selbst starker Schlaf- oder Beruhigungsmittel ausbleiben oder sogar in das Gegenteil umschlagen können, hat der Verfasser auch die Einwirkung hypnotischer Suggestionen bei Hypertonie beobachtet. Z. B. gelang es in einem Fall, regelmäßig den Blutdruck innerhalb weniger Minuten in Hypnose um 10—20 mm Hg herabzusetzen. *de Crinis* (Graz).

Reiser, Oliver L.: Behaviorism as a monism of action. (Behaviorismus als Monismus der Bewegung.) Americ. journ. of psychol. Bd. **35**, Nr. 4, S. 545—558. 1924.

Die Einheit der Wissenschaften, glaubt der Verf., lasse sich nur als universeller Behaviorismus konstruieren, dem als wesentlichster Begriff der eines Monismus der Bewegung zugrunde liegen müsse. Ein solcher Monismus überbrücke die Kluft, die sich zwischen Biologie, Psychologie und der Physik aufgetan habe. Die Entwicklungsgeschichte soll es möglich machen, auch das menschliche Seelenleben so zu zergliedern, daß es sich diesem Bewegungsschema einfügen lasse. Der Verf. zögert nicht, mit der

Digitized by Google

Urzeugung beginnend in großen Linien eine Entwicklungsgeschichte zu schildern, die uns zeigt, wie durch steigende Komplikation einfacher Reaktionen aus den Urstoffen der Mensch mit seinem Verhalten geworden ist. Diese Theorie soll die Beziehungen zwischen Bewußtsein und Nervensystem erklären; „die Beziehungen zwischen Struktur und Funktion, Leib und Seele, Materie und Energie sind homolog der engen Beziehung zwischen den zwei sich wechselweise ergänzenden Begriffen der Statik und Dynamik, des Räumlichen und des Zeitlichen". Obwohl der Behaviorismus mit dem Anspruch auftritt, nur die strengste naturwissenschaftliche Methode und Begriffsbildung gelten zu lassen, verliert sich die Mehrzahl der Arbeiten seiner Anhänger immer mehr in trübe Spekulationen; es fehlt die begriffliche Klarheit und die Beobachtung der Erscheinungen.

Erwin Straus (Charlottenburg).

● **Hamilton, G. V.: An introduction to objective psychopathology. With foreword by Robert M. Yerkes.** (Einführung in die objektive Psychopathologie.) St. Louis: C. V. Mosby Comp. 1925. 354 S. Geb. $ 5.—.

Verf. hat nach einer psychiatrischen Ausbildung jahrelang experimentell bei Säugetieren ihre Reaktionsweisen unter den verschiedensten Bedingungen studiert und sich dann den Untersuchungen über die abnormen seelischen Reaktionen beim Menschen zugewandt. Dazu diente ihm eine abgelegene Kleinstadt Nordamerikas mit alteingesessener Bevölkerung, deren Eigenart er durch Aufwachsen in dieser Gegend kannte. Aus einem in einem Jahr dort gesammelten Material sehr eingehend die Psychogenese berücksichtigender Untersuchungen veröffentlicht er 200 kurze Krankengeschichten als Grundlage für seine theoretischen Darlegungen. Er steht auf dem behavioristischen Standpunkte, fußt auf anatomischen und physiologischen Betrachtungen und lehnt den Freudschen Standpunkt überall ab, wo er Deutungen sich hingibt, während die genetische Betrachtungsweise als solche anerkannt wird. Die theoretischen Darlegungen gehen von Tierversuchen aus, für deren genauere Schilderung auf frühere Arbeiten verwiesen wird. Es werden einfache Reaktionen betrachtet, wie bei Befreiungsversuchen aus einer engen Kiste, von deren 4 Ausgängen 3 verschlossen sind, wobei je nach der Art, wie auf das Mißlingen geantwortet wird, ob angepaßte oder unangepaßte Handlungen erfolgen oder unangepaßte festgehalten werden, einzelne Typen von Verhaltungsweisen unterschieden werden. Daran schließen sich Betrachtungen über Gewohnheitsreaktionen und Reaktionsformen, die sich an das Prinzip des bedingten Reflexes anlehnen. Es werden interessante Parallelen zwischen tierischen und menschlichen Reaktionen aufgewiesen und gezeigt, wie die ererbten Abwehrmechanismen für das komplizierte zivilisierte Leben nicht ausreichen und es so zu neurotischen Störungen kommt. Mangelnde Triebbefriedigung der Haupttriebe, Adlers Minderwertigkeitskomplex und die sexuellen Triebstörungen werden in je einem Kapitel als Hauptätiologien psychopathologischer Erscheinungen besprochen. Besonders interessant ist, was hier vergleichend aus Beobachtungen an Affen über das sexuelle Verhalten gesagt wird, wobei Verf. an früher veröffentlichte Beobachtungen anknüpft.

Reiss (Dresden).

Coppola, Alfredo: Concetto delle unità psico-somatica. (Recenti orientamenti della moderna psico-patologia.) (Der Begriff der psychophysischen Einheit. [Neue Richtungen der modernen Psychopathologie.]) Folia med. Jg. **11**, Nr. 18, S. 713—715. 1925.

Aphoristische Betrachtung über das Leib-Seeleproblem im Anschluß an psychoanalytische Gedankengänge, insbesondere an Maeder. Auf Grund einer Analogisierung psychologischer Mechanismen mit gewissen somatischen Abwehrvorgängen im Organismus gelangt Verf. zu dem Schluß, daß Körper und Seele zwei verschiedene Aspekte einer und derselben Einheit seien.

Erwin Wexberg (Wien).

Giese, Fritz: Zum Begriff der Kulturpathologie. Psychol. u. Med. Bd. **1**, H. 1, S. 45—55. 1925.

Verf. erörtert im Anschluß an den vom Ref. gemachten Versuch der Begründung einer Kulturpsychopathologie (Bergmann, München 1925) die Frage, wie weit im

Digitized by Google

weiteren Sinne eine Kulturpathologie anzuerkennen ist, bei der der Kulturgegenstand als solcher mit dem Begriff des Pathologischen verbunden wird. Er geht in der Anerkennung einer solchen Verbindung so weit, daß er allen möglichen objektiven Kulturgebilden (z. B. Städten) ein eigenes Bios zuschreibt und sie infolgedessen erkranken, entarten, absterben usw. läßt. Für Ref. ist das Pathologische lediglich als eine Erscheinungsform biologisch gegebener Organismen denkbar, und so kann er eine Kulturpathologie nur so weit anerkennen, als nachweislich ein Zusammenhang mit pathologischen Individuen besteht. In dieser erweiterten Fassung Gieses sieht er darum nur eine bildliche Übertragung des Begriffs des Pathologischen auf ihm wesensfremde Erscheinungen, die im wissenschaftlichen Interesse besser vermieden wird.

Birnbaum (Herzberge).

Tolman, Edward Chace: Purpose and cognition: The determiners of animal learning. (Zielgerichtetheit und Objektanpassung als bestimmende Faktoren beim Lernen der Tiere.) Psychol. review Bd. 32, Nr. 4, S. 285—297. 1925.

Versuche an Ratten führten den Verf. zu dem Ergebnis, daß das Lernen der Tiere — in mechanischem, drillhaftem Sinne gemeint — bestimmt werde durch Tendenzen der Zielgerichtetheit (goal-seeking = „purpose") und der Situationsanpassung (object-adjustment = „cognition"); diese „Kategorien" müsse eine spätere Forschung sich bemühen, auf physiologische Funktionen zurückzuführen. Wenig eindringende theoretische Erörterungen über die Bedeutung des Behaviorismus mit oberflächlichen Angriffen gegen die Einfühlungspsychologie („looking within"). *H. Schulte* (Berlin).

Allgemeine neurologische Diagnostik und Symptomatologie.

● **Handbuch der Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe. Hämophilie, Hämoglobinurie, Hämatoporphyrie. Hrsg. v. A. Schittenhelm. Bd. 1 und 2. (Enzyklopädie der klinischen Medizin. Hrsg. v. L. Langstein, C. von Noorden, C. Pirquet u. A. Schittenheim. Spez. Tl.)** Berlin: Julius Springer 1925. Bd. 1: IX, 616 S. G.-M. 72.—. Bd. 2: VIII, 691 S. G.-M. 78.—.

Das groß angelegte und glänzend ausgestattete Handbuch, das über 200 z. T. farbige Abbildungen enthält, eingehend zu würdigen, ginge über den üblichen Rahmen eines Referates weit hinaus. Hier soll nur dasjenige hervorgehoben werden, was für den Neurologen und Psychiater von besonderem Interesse ist. Das sind — abgesehen von einzelnen verstreuten Bemerkungen — die Kapitel Leukosen (H. Hirschfeld), Chlorose (M. Bürger), perniziöse Anämie (Schauman † und Saltzman), Erythrämie (Hirschfeld) und Hämotoporphyrie (M. Günther). Bei chronischer Leukämie sind nervöse Erkrankungen wohl häufiger, als es nach der Literatur scheinen könnte. Es finden sich dabei Blutungen in allen Teilen des zentralen und peripheren Nervensystems, bald viele kleine, teilweise oder ganz symptomlos verlaufende bald — aber weniger oft — einzelne große mit wechselnden Symptomen. Auch echte leukämische Herde sind im Hirn und den Meningen gesehen worden. Eine leukämische Geschwulst zwischen Wirbelkörper und Dura kann (Eichhorst) Symptome einer Kompressionsmyelitis machen. Im Rückenmark und auch (mit deletären Folgen) in der Oblongata sind parenchymatöse Degenerationen beschrieben worden. Drüsenpakete können auf peripherische Nerven drücken und Lähmungen oder Neuralgien erzeugen. Auch Sympathicusläsionen oder Menière (durch Druck auf den Acusticus) kommen ab und zu in ähnlicher Weise zustande. — Häufig sind Kopfschmerzen, Schwindel und Parästhesien, die teils durch die Anämie, teils toxisch bedingt sein dürften. Multiple Hirnnervenlähmungen sahen Eisenlohr und W. Müller, Facialislähmung durch leukämische Infiltration des Nerven im Canalis Fallopii May. — Auch ohne vorhergehende klinische Symptome findet man bei der Sektion oft zahlreiche (bis 50) Blutherde, seltener Thrombosen und Embolien im Gehirn und Rückenmark. — Polyneuritis und Facialislähmung wurden auch bei akuter Leukämie von einer Reihe von Autoren festgestellt; durch Druck periostaler Infiltrate oder durch

Digitized by Google

Infiltration der Nervenstämme mit Lymphocyten können solche Störungen zustande kommen. Größere und kleinere Gehirn- und Meningealblutungen sowie allgemeine nervöse Symptome können auch bei der akuten Leukämie auftreten. Terminal kommt es oft zu Bewußtseinsstörungen. — Chlorome am Schädel verursachen mitunter Exophthalmus, Schwerhörigkeit, Ohrensausen, Menière, Facialislähmung, Retinitis und Stauungspapille. Bei der Chlorose kommen Sinusthrombosen vor, ferner neuralgiforme Schmerzen und Kopfschmerzen, die, wenn sie heftig sind, oft mit Liquordrucksteigerung (Quincke, Otten) einhergehen. Einen inneren Zusammenhang zwischen Chlorose und Basedow hält Bürger trotz der auffallenden Häufigkeit von Basedowzeichen bei Chlorotischen nicht für wahrscheinlich; die vergleichende Betrachtung des Blutbildes scheint ihm dagegen zu sprechen. Vielleicht ist eher eine Minderleistung der Thyreoidea bei Entstehung der Chlorose mitwirkend; dafür wäre zu verweisen auf die Häufigkeit der Anämie bei Myxödem und auf den Einfluß der Thyreoidin-Darreichung bei experimenteller Tieranämie. Während bei Aleukia haemorrhagica und bei Purpura Nervensymptome, auch Hirn- und Meningealblutungen selten sind (E. Frank), spielen sie eine erhebliche Rolle im Krankheitsbilde der Perniciosa. Abgesehen von vereinzelten Fällen periperischer Neuritis, Facialiszuckungen usw. und den häufigen Allgemeinsymptomen wie Ohrensausen, Kopfweh, Schwindel, der sich bis zu Ohnmachtsanfällen steigern kann, sowie Parästhesien sind es vor allem Rückenmarksleiden und psychische Symptome, die im Verlaufe der perniziösen Anämie oder da, wo sie Remissionen und Exacerbationen macht oder ganz abklingt (Botriocephalus-Anämie), auch abwechselnd mit den Anämieattacken oder längere Zeit nach ihrem Verschwinden zur Beobachtung kommen. Die Spinalaffektionen gleichen bekanntlich am häufigsten dem Bilde der Tabes und zeigen auch anatomisch einen ähnlichen Befund; aber es sind auch wiederholt spastische Formen bzw. Misch- und Übergangsformen beschrieben worden. Die Dauer dieser Leiden beträgt $^1/_2$—3 Jahre, indessen finden sich auch erhebliche Remissionen. Bemerkenswert ist, das zwischen dem klinischen und anatomischen Befunde oft ebensowenig Übereinstimmung herrscht wie zwischen dem Verlauf des Spinalleidens und der Perniciosa. Schauman und Saltzman glauben deshalb, daß die Nervenkrankheit nicht als Folge der Blutkrankheit anzusehen, sondern daß beide auf die gleiche Ursache zurückzuführen sind. Allerdings ist dabei eine gewisse konstitutionelle Minderwertigkeit des Zentralnervensystems (v. Jagić und Reich) vorauszusetzen. — Ähnliches gilt für die Psychosen der Perniciosa, bei denen sicherlich die Folgen einer allgemeinen Autointoxikation von großer Bedeutung sind, aber doch eine erbliche Anlage postuliert werden muß; zweifellos ist die letztere ausschlaggebend in den Fällen, in denen die Psychose jahrelang nach Abklingen der Anämie auftritt. Vielleicht spielt die innere Sekretion bei der Entstehung der Perniciosa eine Rolle, aber kaum die der Schilddrüse, da diese sich sehr selten dabei beteiligt erweist. Die Psychosen äußern sich teils in Stumpfheit, Grämlichkeit, Depression mit schwerfälliger Sprache, teils in Erregungen bis zur echten Manie. Terminal kommt es zu Coma. — Hirnerkrankungen sind nicht häufig; aber Blutungen und vorübergehende Ödeme sind wiederholt beschrieben worden. Geringgradig oder doch für den Gesamtverlauf des Leidens unbeträchtlich sind gewöhnlich die nervösen Symptome bei der Polycythämia megalosplenica (Vaquezschen Krankheit), einem chronischen Leiden des mittleren Lebensalters, das oft mit nervösen Allgemeinerscheinungen wie Kopfweh, Schwindel und Blutandrang beginnt und im Verlauf zu Ohnmachten, Schlafsucht oder auch Schlaflosigkeit führen kann. Mitunter sind Hirnblutungen, vereinzelt Migräne, Menièreanfälle, wiederholt Erythromelalgie beobachtet worden. Den Liquordruck fand Böttner erhöht. Im Vordergrunde stehen die Nervensymptome dagegen bei der akuten idiopathischen Hämatoporphyrie. Sie beherrschen neben den Magen-Darm-Erscheinungen — Kolik, Spasmen, Atonien — das Krankheitsbild, das vorwiegend Psychopathen befällt, ohne indessen besondere Familiarität oder Heredität zu zeigen. Neben Schlaflosigkeit und psychischen Erschei-

Digitized by Google

nungen (epileptiformen Anfällen, Delirien, manischen Zuständen u. a.) äußert es sich vor allem in Muskel-, Nerven- und Hauthyperästhesien, suprasymphysären Schmerzen und fortschreitenden, ab und zu den Landryschen Typus zeigenden, schlaffen, degenerativen Lähmungen verschiedener Muskelgruppen, auch des Phrenicus und des Recurrens, Sphincterlähmungen, Erlöschen der Sehnenreflexe und der Bauchreflexe, ab und zu mit Nystagmus und vereinzelt mit spastischen Reflexen verbunden. Letaler Ausgang häufig. Außer den genannten Autoren und dem Herausgeber selbst haben Naegeli, Aschoff, Schellong und Wöhlisch an dem ausgezeichneten Werke, dessen Lektüre allen Interessenten empfohlen werden kann, sich mit wertvollen Beiträgen beteiligt. *Toby Cohn* (Berlin).

Teleky, L.: Begriff und Diagnose der Berufskrankheiten. (*4. Internat. Kongr. f. Unfallmed. u. Berufskrankh., Amsterdam, Sitzg. v. 7. IX.. 1925.*) Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 2. Hälfte, Nr. 12, Beilage-H., S. 19—32. 1925.

Berufskrankheiten können hervorgerufen werden 1. durch die Berufstätigkeit selbst, 2. durch die mit dem Beruf verknüpften wirtschaftlichen, sozialen oder Wohnungsverhältnisse, oder es kann 3. ihre Häufigkeit sich erklären durch besondere Rekrutierungsverhältnisse des Berufes, durch besondere Ausleseverhältnisse für den Beruf. Welcher dieser ursächlichen Zusammenhänge besteht, festzustellen, ist keineswegs leicht. Als Berufskrankheit im wissenschaftlichen Sinne sind in jedem Berufe jene Krankheiten oder Gruppen von Krankheiten anzusehen, von der die Berufsangehörigen mit besonderer, das Durchschnittsmaß der Gesamtbevölkerung überragender Häufigkeit befallen werden. Bei der rechtlichen Gleichstellung der Berufskrankheiten mit den Unfällen macht nicht nur die Frage Schwierigkeiten, wann und unter welchen Umständen Krankheiten mit Recht als spezifische Berufskrankheiten anzusehen und deshalb in die — in allen Ländern aufgestellte — Liste der zu entschädigenden Krankheiten aufzunehmen sind, sondern noch größere Schwierigkeiten macht die Sicherung der Diagnosestellung. Betrachtung und Erfassung des gesamten Symptomenkomplexes mit Abwägungen der Stärke jedes einzelnen Symptoms, seiner Wichtigkeit und Bedeutung im Gesamtbilde ermöglicht dem Kundigen, die Diagnose zu stellen. Von dem Versuch, das Gift im Körper, in seinen Exkreten oder Sekreten zu finden, dürfen wir nicht allzu viel erwarten. Die Diagnose soll vor allem auf Grund der klinischen Symptome gestellt werden. Die Ärzte müssen in Gewerbekrankheiten besser ausgebildet, zur Gewerbeaufsicht stärker herangezogen werden. *Kurt Mendel.*

Stuart jr., Daniel D. V.: The simulation of brain lesions by disease of the paranasal sinuses. (Die Vortäuschung von Hirnerkrankungen durch Affektionen der Nebenhöhlen.) (*Children's a. providence hosp., Washington.*) Southern med. journ. Bd. 18, Nr. 11, S. 790—795. 1925.

Bei Entzündung der Sinus sphenoidales und der hinteren Cellulae ethmoidales kommt es mitunter zu Erscheinungen, die auf eine Hirnaffektion bezogen werden können. Die Nebenhöhlenerkrankungen machen unerträgliche Kopfschmerzen, besonders morgens beim Erwachen, die erst nachlassen, wenn sich der Kranke eine Weile aufgerichtet hat. Die Kopfschmerzen strahlen oft nach dem Hinterkopf, dem Nacken, mitunter auch in die Schulter und die ganze obere Extremität aus. Es kommt ferner zu Herabsetzung der Sehschärfe, zu Gesichtsfeldeinengungen, zu echter progredienter Neuritis optica, zu Sensibilitätsstörungen im Quintusgebiet sowie zu Funktionsstörungen im Bereiche des Oculomotorius, des Abducens und des Trochlearis. Übelkeit, Erbrechen und Schwindel gehören ebenfalls zum Bild der Nebenhöhlenerkrankungen. Es hängt von den anatomischen Varietäten der Sinus ab, ob und in welchem Maße das Zentralnervensystem beteiligt ist. Nach Ansicht des Verf. führen die genannten Symptome zu gelegentlichen Verwechslungen mit Hirntumoren, Encephalitis epidemica und Meningitis. Man soll also in derartigen Fällen an eine Nebenhöhlenaffektion denken. Chronischer Schnupfen oder wiederholte Schnupfenattacken, Sekretanhäufung in der Nase und im Rachen am Morgen, Freiwerden der Nasenpassage erst

Digitized by Google

bei aufrechter Haltung sind differentialdiagnostisch verwertbar. Röntgenbilder vom Sinus sind nur bei positivem Ausfall beweisend, aber selbst bei schwerer Infektion der Nebenhöhlen kann das Röntgenbild vollkommen normale Verhältnisse aufweisen.

Taterka (Berlin).

Eicken, Carl van: Über Luftblasen im Innern des Schädels. Acta oto-laryngol. Bd. 8, H. 1/2, S. 128—133. 1925.

32jährige Patientin. Nach endonasalem Eingriff Kopf- und Rückenschmerzen, Fieber. Röntgenbild zeigt eine eigenartige Aufhellung im Bereich der Seitenventrikel und eine diffuse Aufhellung unter der knöchernen Schädeldecke. An beiden Stellen handelt es sich um Luftansammlungen. Aus der rechten Nasenseite tröpfelte Liquor ab, und zwar um so reichlicher, je stärker die Patientin den Kopf nach vorn beugte. Es war ein gewisser Parallelismus zwischen Temperaturanstieg und Versiegen des Liquorabflusses zu konstatieren, mit dem Wiederauftreten von Liquorabfluß sanken die Temperaturen. Es ist anzunehmen, daß entweder das Siebbeindach oder die obere oder hintere Keilbeinhöhlenwand bei der Nasenoperation verletzt wurde, die Dura gleichzeitig einriß und so die Luft zwischen Dura und Pia eindrang. Alsdann kam die Luft, namentlich bei dem wiederholten Schneuzen, durch das Foramen Magendii in die Seitenventrikel. *Kurt Mendel.*

Neißer, M.: Die symptomatische Bedeutung des Gähnens. Eine Bemerkung zu dem Aufsatz von Fürbringer in Nr. 16, 1925 dieser Zeitschrift. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. 22, Nr. 20, S. 627—628. 1925.

Neißer berichtet im Anschluß an den Fürbringerschen Artikel (vgl. dies. Zentrlbl. 42, 377) über eine Beobachtung an sich selbst: ein Gähnen, das durch die Druckdifferenz zwischen Paukenhöhle und Umgebung ausgelöst wird, wenn die Verbindung der Paukenhöhle und der Mundhöhle beiderseits durch Verklebung der Tuben zeitweilig unterbrochen ist.

Hauptmann (Freiburg i. Br.).

Weber, Klement: Pathologie der Nacht. Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 46, S. 1646—1651 u. Nr. 47, S. 1698—1704. 1925. (Tschechisch.)

Der Verf. befaßt sich in erster Reihe mit den physiologischen Erscheinungen des Schlafes und geht dann zu dem Verhalten verschiedener krankhafter Prozesse in der Nacht über. Einem ungünstigen Einfluß der Nacht sind abnorme Funktionen in erster Reihe ausgesetzt. Es gehören hieher Zustände, welche vielleicht Erscheinungen jener primären Funktionen sind, die zum nykthermalen Lebensrhythmus gehören, Störungen des Schlafes, Störungen der Teilerscheinungen des Stoffwechsels mit ihren verschiedenen Ursachen, z. B. epileptische Anfälle, Anfälle von bronchialem Asthma. Zur 2. Gruppe gehören jene Zustände, welche ihren Grund in einem der vegetativen, physiologischen Elemente des nykthermalen Zyklus haben. So kann Pruritus hervorgerufen werden durch Blutüberfüllung der Haut in der Nacht. Die in der Nacht herabgesetzte Ausscheidung von Harnsäure befördert die Gichtanfälle in der Nacht. Eine dritte Gruppe von Zufällen in der Nacht hängt aber mit dem nykthermalen Zyklus nicht zusammen, sondern ist lediglich auf äußere Umstände zurückzuführen, die den Schlaf begleiten. So hat die horizontale Körperlage vielleicht Einfluß auf das Entstehen des kardialen Asthmas und auf das Auftreten nächtlicher Hirnhämorrhagien.

O. Wiener (Prag).

Allgemeine psychiatrische Diagnostik und Symptomatologie.

Pfersdorff, Ch.: Les limites de la folie. (Die Grenzen des Irreseins.) Méd. d'Alsace et de Lorraine Jg. 4, Nr. 21, S. 409—422. 1925.

Übersichtsreferat, welches nichts Neues enthält. *Reichardt* (Würzburg).

Easterbrook, C. C.: Morison lectures on „mental invalids". II. The clinical examination of mental invalids. (Die klinische Untersuchung geistig Defekter.) Edinburgh med. journ. Bd. 32, Nr. 11, S. 734—754. 1925.

(I. vgl. dies. Zentrlbl. 42, 364.)

Erforderlich ist Kenntnis der gesamten Lebensgeschichte in körperlicher und seelischer Beziehung unter Berücksichtigung der behaupteten und wirklichen Ursachen. Die eigenen Angaben des Kranken müssen immer durch Befragung anderer Personen nachgeprüft werden. Auf die gegenseitige Beeinflussung von Körper und Psyche ist

Digitized by Google

zu achten. Soziologische Faktoren sind nicht zu vernachlässigen. Eine Untersuchungstabelle ist der Arbeit beigegeben. *Raecke* (Frankfurt a. M.).

Easterbrook, C. C.: Morison lectures on „mental invalids". III. The classification of mental diseases. (Die Klassifikation der Geistesstörungen.) Edinburgh med. journ. Bd. **32**, Nr. 12, S. 817—843. 1925.

Aus praktischen Gründen ist Einteilung der Psychosen notwendig, wenn sie auch fortschreitendem Wandel unterworfen bleiben muß. Die moderne Neigung zu möglichster Vermehrung der Typen ist unzweckmäßig. Da nicht 2 Personen einander psychisch gleichen und alle Beobachter verschieden sehen, sollte man nur wenige große Gruppen aufstellen. 5 genügen: Kongenitale, konstitutionelle, organische, somatische (durch körperliche Krankheiten bedingte), toxische bzw. energetische (traumatische). Dazwischen finden sich endlose Kombinationen. 70% sind konstitutionell. Dahin werden gerechnet: Melancholie, Manie, Dem. praecox, Paranoia, Phobien usw. Hier soll es sich in der Hauptsache um Erkrankung der Assoziationszentren in der Rinde handeln. Freiwillige frühzeitige Anstaltsaufnahme ist wichtig. Die Behandlung sei zugleich Physio- und Psychotherapie, um Beseitigung der krankmachenden Ursachen anzustreben. Bettruhe in freier Luft bei zweckmäßiger Ernährung und vorsichtiger Hydrotherapie wird empfohlen. Endokrine Präparate wirken unterstützend. (Ausländische Literatur wird nicht berücksichtigt. Ref.) *Raecke* (Frankfurt a. M.).

Mott, Frederick W.: The investigation of some of the causes of insanity. (Untersuchungen über einige Ursachen der Geisteskrankheit.) (*Laborat. of the joint board of research f. mental dis., univ., Birmingham.*) Journ. of mental science Bd. **71**, Nr. 295, S. 631—647. 1925.

Ein Referat, das prinzipiell nichts Neues bringt. Als Hauptursache wird die angeborene Veranlagung angesehen, die die Entwickelung jedes Individuums bedinge. Bei der Auslösung von Psychosen spielen Pubertät, Wochenbett und Klimakterium als normale physiologische Vorgänge ebenso wie pathologische körperliche Prozesse, Infektion und Intoxikationen eine Rolle, eine viel geringere Rolle äußere Einflüsse, wie der Krieg gezeigt habe. Interessant sind zwei Kurven über den Ausbruch der Geisteskrankheiten bei 500 psychotischen Kindern von 464 psychotischen Eltern, die eine Kurve bezieht sich auf den psychotischen Vater, die andere auf die psychotische Mutter. 47,8% der Kinder bekamen ihre Psychose vor dem 25. Lebensjahre, während das Maximum für den zeitlichen Ausbruch der Psychose bei Vater oder Mutter mit einem wesentlich breiteren Gipfel beim 55. Lebensjahr liegt. Leider liegen diesen Kurven nicht Daten einer Krankheitsgruppe zugrunde, sondern endogene, organische Psychosen und auch Olligophrenien sind zusammen behandelt worden. Bei einer dritten Kurve von 69 Fällen, wo lediglich die schizophrenen Kinder, die von psychotischen Eltern abstammten, berücksichtigt wurden, fand sich, daß sogar bei 75% der Beginn der Schizophrenie unter dem 25. Jahre lag, während das Maximum der (allgemein) psychotisch erkrankten Eltern zwischen dem 35. und 55. Lebensjahre lag. *Albrecht* (Berlin).

Bond, Earl D.: Underestimation of good results in mental diseases. Facts in one thousand and twenty-four cases. (Unterschätzung der guten Erfolge bei seelischen Erkrankungen. Tatsachen in 1024 Fällen.) (*Dep. of ment. a. nerv. dis., Pennsylvania hosp., Philadelphia.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 7, S. 503—505. 1925.

Bei 1024 psychisch Erkrankten, die im Pennsylvania-Hospital aufgenommen worden waren, ergaben nach 5—10 Jahren die katamnestischen Erhebungen 274 Heilungen, 154 erhebliche Besserungen, 331 Todesfälle, während 260 unverändert geblieben oder verschlechtert waren. Unter den Heilungen fanden sich Beispiele, daß die Betreffenden sogar später eine höhere geistige Entwicklung erreichten. Paranoide und katatonische Zustände schlossen die Heilung nicht aus. An den Todesfällen waren Senile und Arteriosklerotiker besonders stark beteiligt. Die Ungeheilten setzten sich namentlich aus Dementia praecox und Manisch-depressiven mit gehäuften oder sehr langdauernden Anfällen zusammen. Die herrschende Auffassung von den schlechten Aussichten der Geisteskranken sei auf Grund der errechneten 25% Heilungen zu berichtigen. (Allein fehlerhaft erscheint an dieser Statistik die gemeinsame Betrachtung der verschiedenartigsten Krankheitsformen von der Paralyse bis zur Psychoneurose. — Ref.)

Digitized by Google

In der Aussprache warf Gordon die Frage auf, ob nicht die günstig verlaufenen Fälle toxisch entstanden seien. — Williams betonte die Bedeutung von Wiedererziehung und Entlassenenfürsorge. — Bond gab zu, daß seine 11% Kranke mit infektiöser und toxischer Ätiologie alle geheilt seien. Wiedererziehung spiele eine wichtige Rolle. *Raecke.*

Graves, T. C.: The incidence of chronic infective processes in mental disorder. (Das Vorkommen chronisch infektiöser Prozesse bei Geisteskrankheiten.) (*Rubery Hill a. Hollymoor mental hosp., Birmingham.*) Journ. of mental science Bd. **71**, Nr. 295, S. 658—675. 1925.

Welche Rolle derartige Prozesse in der Ätiologie und für den Verlauf geistiger Erkrankungen spielen, darüber kann man verschiedener Meinung sein. Daß sie eine gewisse Bedeutung haben, kann nicht geleugnet werden. Dies ergibt sich schon aus dem Umstand, daß durch die Behandlung dieser Prozesse eine Besserung des geistigen Zustandes erreicht werden kann. Zum Beweise dieser Tatsachen führt Verf. eine Reihe von Fällen an. Es handelte sich um entzündliche und eitrige Prozesse des Kiefers, die von cariösen Zähnen ihren Ausgang genommen hatten, ferner um Affektionen der Kieferhöhle, der Nase, der verschiedenen Sinus, des Mittelohres, auch der weiblichen Genitalien (Endometritis). Die betreffenden Kranken litten meist an Depressions- und Verwirrtheitszuständen, die nach der chirurgischen Behandlung des örtlichen Leidens eine weitgehende Besserung erfuhren. *Ganter* (Wormditt).

Cossa: Réflexions sur la formation psychologique ou psychogenèse des délires. (Bemerkungen über die psychologische Struktur oder Psyochogenese des Wahns.) Ann. méd.-psychol. Jg. **82**, Nr. 1, S. 26—34 u. Nr. 5, S. 393—424. 1924.

Der Gehirnmechanik des 19. Jahrhunderts, die in einzelnen Zellgebieten des Cortex bestimmte psychische Leistungen lokalisieren wollte, sei eine psychologische Erfassung psychopathologischer Phänomene entgegenzusetzen. Verf. sieht in den psychotischen Symptomen keine grundsätzlich, sondern nur der Intensität nach von normalen psychischen Leistungen unterschiedene Erscheinungen. Er versucht in der vorliegenden Arbeit eine psychologische Analyse der depressiven Zustandsbilder, als deren Wurzel er eine primäre Störung des Selbstwertes im Sinne der Verkleinerung und Insuffizienz annimmt. Der Kern der Persönlichkeit, das eigentliche Ichbewußtsein bleibe dabei erhalten, wie dies auch theoretisch als Grundlage jeden Erlebens zu fordern sei. Die im Verlauf von Depressionen auftretenden wahnhaften Gedankengänge seien sekundärer Natur, und zwar bedingt durch die Inkongruenz des im Sinne der primären Störung veränderten Affektlebens mit dem Erleben der Realität. In den wahnhaften Produkten ist die Tendenz erkennbar, die durch die primäre Störung bedrohte Einheit der Persönlichkeit zu konservieren. *Jossmann* (Berlin).

Guiraud, P.: Les délires chroniques. (Hypothèses pathogéniques contemporaines.) (Die chronischen Wahnbildungen. Gegenwärtige pathogenetische Hypothesen.) Encéphale Jg. **20**, Nr. 9, S. 663—673. 1925.

Mit „chronischem Delir" meint die französische Forschung das nämliche, was in der deutschen Literatur früher als chronische Verrücktheit bezeichnet wurde: alle jene Dauerzustände halluzinatorisch-wahnhaft-parakinetischer Art, oft verbunden mit Störungen des sprachlichen Ausdrucks, die wir gegenwärtig höchstens noch symptomatologisch zusammenfassen. Vorliegende Arbeit unterstellt die klinisch-pathogenetische Einheitlichkeit dieser Zustände im Sinne der französischen Schulen und gibt eine schöne Übersicht der dort augenblicklich maßgebenden pathogenetischen Hypothesen. Zunächst wird die erklärende und systematisierende Wahnbildung als bloßer Überbau sekundärer Art bezeichnet; als das Wesen der in Frage kommenden psychischen Störung wird hingestellt, daß gewisse Gedanken und Vorstellungen vom Kranken nicht als ihm zugehörig erlebt werden. So erscheinen sie als gemacht oder suggeriert. Das gleiche gilt von Schmerzen, Sensationen auf allen Sinnesgebieten, Bewegungsstörungen, Behinderungen des Gedankenablaufs. Gemeinsam ist ihnen allen: ihr Gegensatz gegen den normalen psychischen Ablauf, das Erlebnis ihrer Nichtzugehörigkeit zum Ich, ihr unangenehmer Gefühlston, der in ihrer Art (Inhalt) und der Fremdartigkeit ihres

Digitized by Google

Erscheinens liegt. Sie erwachsen aus einer prähalluzinatorischen Unruhephase. In ihr bereiten sich Mißempfindungen des Gemeingefühls vor; diese werden aber nicht wie ein natürliches Kranksein erlebt. Auch die seelische Ruhe ist gestört, ohne daß diese Störung, wie etwa in der Psychasthenie, als natürliche Krankheit erscheint. Diese Zustände bilden sich häufig dann heraus, wenn die Sexualität des Organismus auf das Gehirn wirkt und die Form psychischer Tendenzen und Wünsche annimmt. Auf diesem Boden erwachsen die primären Erscheinungen der gemeinten Zustände. Bei ihrer pathogenetischen Erklärung muß man heuristisch den neurologischen Faktor genau so berücksichtigen wie den psychischen. Mignard nimmt an, daß unter gewissen Bedingungen mehr oder weniger komplizierte neurologische Mechanismen, die normalerweise der Regulierung durch den Psychismus unterworfen sind, frei werden und isoliert in Funktion kommen, mit der Tendenz zur Sperrung oder Perseveration. Solche neurologischen Mechanismen sind die Bahnen der Körperfühlssphäre, die motorischen Sprachzentren, die durch organische Attacken plötzlich mechanische Wortfolgen ausstoßen wie ein Phonograph, und die regulierenden Zentren von Haltung und Stellung. Die pathologische Loslösung solcher Mechanismen induziert gedankliche Verwirrung. Hiergegen wendet Verf. mit Recht ein, daß die Parkinsonismen derartige Störungen erleben, ohne das Bewußtsein, daß diese Störungen ichfremd seien. Mignards Theorie reicht nicht aus. Hesnard sucht den organischen Ursprung der Störungen in einer Autointoxikation, die gerade auf diejenigen Gehirnpartien wirkt, denen die Verarbeitung der vegetativ-coenästhetischen Eindrücke obliegt. In diesen Gehirnpartien liege der Ursprungsort der Affektivität. So entsteht ein organisch bedingter Afflux einer außerphysiologischen Affektivität, welche in die Psychismen hineinstößt und sich in unterbewußten Emotionen äußert, die unwiderstehlich nach symbolisch-intellektuellem Ausdruck drängen. Anstatt eine solche humorale Störung eindrucksartig zu erleben, etwa als Müdigkeit oder Euphorie, erleben derartige Kranke die primitiven Sensationen, bedroht oder göttlich zu sein. Auch diese Lehre scheitert nach Verf. an der Ichfremdheit der seelischen Neubildungen, die sie nicht zu erklären vermag. Clérambault hat die Theorie des seelischen Automatismus und der Ichspaltung auf folgende Annahmen gestützt: Die sensomotorischen und gedanklich-sprachlichen Zentren stehen unter dem direkten Einfluß pathologischer Erregungen. Solche Erregungen bilden sich bei endogener oder exogener Intoxikation; diese Zentren haben eine gesteigerte Elektivität für Gifte. Bei chronischer Intoxikation entsteht eine parasitäre Aktivität in ihnen, die sich der physiologischen Aktivität überlagert und mit ihr kontrastiert. So entstehen sensitive, motorische und gedanklich-sprachliche Automatismen, die dem Ich rätselhaft sind. Ihr Gefühlston soll zunächst neutral sein. Um einen Verfolgungswahn zu erzeugen, muß ein gedanklicher Automatismus sich mit einer konstitutionellen Neigung zu Erklärung und Feindseligkeit verbinden usw. Verf. wendet sich mit Recht gegen die Primitivität dieser Auffassung, da in die pathologischen Psychismen sehr viel mehr von der Gesamtpersönlichkeit eingeht, als es nach Clérambaults Theorie möglich wäre. Guiraud sieht das Primärsymptom dieser Fälle in Störungen des Ichgefühls, und fragt sich, warum diese nicht zu der Depersonalisation führen, sondern zum Erleben ichfremder Inhalte und Vorgänge. Er glaubt, die das Ichgefühl fundierenden Störungen des Gemeingefühls auf Tonusschwankungen in den Bahnen und Zentren der vegetativen Reflexe zurückführen zu können, und sieht in einer verschiedenen Art von Dystonie in diesen Regionen die Ursache der Verschiedenheit des Icherlebens. Hier sollen nach ihm für alle Psychosen die wichtigsten Erklärungsmöglichkeiten liegen, neben denen die Analyse des Geisteszustandes sekundär wird. *Kronfeld* (Berlin).

Lévy-Valensi, J.: L'automatisme mental et les délires hallucinatoires chroniques. (Die seelischen Automatismen und ihre Bedeutung für die chronischen Wahnbildungen.) Paris méd. Jg. 15, Nr. 37, S. 213—222. 1925.

Die Bedeutung der seelischen Automatismen für den gesunden und kranken Menschen wird in einer stark literarisch gefärbten Übersicht dargelegt. Eine nähere

Digitized by Google

Charakterisierung dieser Vorgänge in ihrer psychologischen Bedeutung wird nicht gegeben; es gehört für den Verf. alles hierher, was der Kontrolle durch den Willen nicht unterliegt. Er unterscheidet dementsprechend einmal seelische Automatismen, bei denen ihr automatischer Charakter dem Subjekt nicht bewußt ist. Hierher rechnet er die verschiedenen Formen der Sinnestäuschungen und die Dämmerzustände, auch die epileptischen. Die 2. Form sind seelische Automatismen, bei denen der automatische Charakter unterbewußt ist, worunter die verschiedenen hypnotischen und ekstatischen Zustände, das automatische Schreiben usw. fallen. Die 3. Form, die seelischen Automatismen mit dem Bewußtsein des automatischen Charakters, zerfallen in Formen, bei denen die krankhafte Natur der Störung den Patienten bewußt ist (Angstneurosen und Zwangszustände) und in solche ohne Kenntnis des krankhaften Vorganges (Gedankenentzug u. dgl.). Verf. beschäftigt sich eingehender mit dieser letzteren Gruppe, die er als „dépossession mentale" zu bezeichnen vorschlägt. Ihre Verbindung mit kinästhetischen und Gefühlshalluzinationen gibt die Unterlage zu den krankhaften Beeinflussungserlebnissen. Die Bedeutung der als dépossession mentale bezeichneten Gruppe geht für die chronischen Wahnerkrankungen über das rein Inhaltliche hinaus. Verf. ist zwar der Ansicht, daß in der Mehrzahl der Fälle organische Störungen, im Sinne von Clérambault oder innere Drüsenstörungen oder ähnliches die Grundlage des Zerfallens der Persönlichkeit und der Sinnestäuschungen sind, daß aber der Einfluß der genannten seelischen Automatismen prädisponierend und die Form bestimmend wirke. Daß auch allein auf psychischem Wege durch seelische Automatismen ähnliche Erkrankungsformen hervorgerufen werden können, sucht Verf. am Spiritismus und den auf diesem Boden entstandenen krankhaften Störungen zu zeigen.

Reiss (Dresden).

Spezielle Neurologie.

Meningen:

Besta, Carlo: Su una particolare sindrome meningea. (Über ein besonderes Meningealsyndrom.) Atti d. soc. lombarda di scienze med. e biol. Bd. **14**, H. 1, S. 36—46. 1925.

Unter dieser Bezeichnung bringt Verf. einige Fälle, die klinisch z. T. die Erscheinungen chronischer Polyneuritis, z. T. Landryscher Paralyse und Meningitis serosa boten, bei welchen die Lumbalpunktion neben Druckerhöhung und starker Albuminurie und Globulinvermehrung, Xanthochromie sowie Paralysekurve bei Mastix- und Goldsolreaktion zeigten, ohne Vermehrung der morphologischen Elemente und negative WaR. Auf wiederholte Lumbalpunktionen und Injektion von hypertonischem Serum trat Rückgang sämtlicher klinischen Erscheinungen innerhalb mehrerer Monate ein. Verf. sieht in dieser Form der Veränderung der Lumbalflüssigkeit den Ausdruck einer toxischen Schädigung, im Gegensatz zur entzündlichen mit Pleo- oder Lymphocytose.

M. Meyer (Köppern i. Taunus).

Baumritter, Paul: Sur la teneur du liquide céphalo-rachidien en acide urique dans les méningites. (Über den Harnsäuregehalt des Liquor cerebrospinalis bei Meningitiden.) (*Clin. infant., univ., Varsovie.*) Arch. de méd. des enfants Bd. **28**, Nr. 11, S. 681—685. 1925.

Bestimmung des Harnsäuregehalts im Liquor colorimetrisch bei Meningitiden, Encephalitis, Hydrocephalus, Epilepsie, Idiotie, Typhus. Der Harnsäuregehalt war mit seltenen Ausnahmen normal — etwa 0,015 g pro l — bei allen untersuchten Liquores außer bei Meningitis epidemica im akutentzündlichen Stadium, wobei ein Harnsäurewert von etwa 0,03 pro l die Regel war. Tuberkulöse Meningitis hatte meist normalen Harnsäuregehalt im Liquor. Hoher Harnsäurewert spricht also für epidemische und gegen tuberkulöse Meningitis. Die Harnsäurevermehrung ist nicht auf Vermehrung der polynucleären Leukocyten im Liquor zurückzuführen. Die Ergebnisse decken sich im allgemeinen mit denen von Lesné, Hovard und Langle (vgl. dies. Zentrlbl. **36**, 158).

Wüllenweber (Köln).

Digitized by Google

Reiche, A.: Liquorausblasungen in der Behandlung der Meningitis im Säuglings- und Kleinkindesalter. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 47, S. 1955. 1925.

Ersatz des Liquor cerebrospinalis durch O_2 hatte günstige therapeutische Wirkung bei eitriger und Meningokokkenmeningitis. Nach Einblasen des Sauerstoffs läßt sich 40proz. Urotropinlösung bei Beckenhochlagerung vom Lumbaleinstich aus leichter bis in die Schädelhöhle befördern, wobei man das Gas durch eine zweite Nadel entweichen läßt. *Wüllenweber* (Köln).

Brugi, Antonio: Il rapporto glucosio liquor-sangue nelle meningiti tubercolari, meningococciche e nel meningismo. (Das Verhältnis vom Liquor- und Blutzucker an tuberkulösen und meningokokkischen Meningitiden und beim Meningismus.) (*Istit. di clin. med., univ., Pisa.*) Folia med. Jg. 11, Nr. 21, S. 801—809. 1925.

Schon Derrien hatte bei seinen Untersuchungen über Zucker und Kochsalz im Liquor gefunden, daß eine dialysable Substanz im Liquor eine Konzentration habe, die ihrer Konzentration im Blut proportional und der Quadratwurzel ihrer isotonischen Lösung umgekehrt proportional ist. Der NaCl-Gehalt des Liquors ist bei den tuberkulösen Meningitiden wegen der Hypochlorämie niedrig. Wie für Kochsalz und Zucker bestehen auch für Alkohol und Kreatinin bestimmte Beziehungen zwischen ihren Mengen im Blut und Liquor. Die mit der Bangschen Methode vorgenommenen Untersuchungen zeigten, daß bei tuberkulösen Meningitiden sich der Zuckergehalt des Blutes in normalen Grenzen bewegt. der des Liquors stark vermidert ist. Bei den Meningokokkenmeningitiden bestehen Beziehungen zwischen Zuckermenge und Ausgang der Krankheit. Wird das Leiden geheilt, so sinkt der ursprünglich hohe Blutzuckergehalt und die anfangs niedrige Liquorzuckermenge steigt. Bei tödlichem Ausgang bleiben die Blutzuckerwerte hoch, die Liquorzuckerwerte niedrig. Der Quotient Blutzucker: Liquorzucker schwankt zwischen 0,1 und 0,2. Bei Meningismus bleibt dieser Quotient in physiologischen Grenzen, die absoluten Zuckermengen sind im Liquor und Blut gleichmäßig erhöht. *Kastan* (Hamburg).

Paso, Juan Roberto: Pestmeningitis. Semana méd. Jg. 32, Nr. 45, S. 1139—1151. 1925. (Spanisch.)

Im Verlaufe der Pesterkrankung kommen neben Meningitiden anderer Genese spezifisch bedingte vor, sowie Zustände von Meningismus. Die echte Pestmeningitis tritt als mehr oder minder ausgesprochene Sekundärerkrankung nur bei Bubonen-, anscheinend nicht bei Lungen- usw. Pest auf. Die Pestmeningitis ist eine seltene Erkrankung. Aus der Literatur konnte Verf. nur 19 Fälle zusammenstellen, die er durch eine eingehend geschilderte eigene Beobachtung ergänzt. Ob auch eine primäre Meningenpest ohne vorherige Lokalisation des Virus in den Drüsen vorkommt, ist nicht ganz sicher, da in dem vom Verf. zitierten, so gedeuteten Falle eine genaue Autopsie fehlt. Bei den vom Verf. angeführten 20 Fällen handelte es sich in 50% um Kinder. Besondere Beziehungen zwischen Geschlecht, Rasse, Beruf, somatischen, hygienischen Verhältnissen und der Meningitiskomplikation konnte Verf. nicht feststellen. Wie der Pesterreger aus den Drüsen in die Meningen gelangt, ist nicht mit Sicherheit festgestellt, der Blutweg (Pestocämie) wahrscheinlich. *Pfister* (Berlin-Lichtenrade).

Covone, Roberto: Guarigione di un caso di meningite tubercolare. (Heilung eines Falles von tuberkulöser Hirnhautentzündung.) Folia med. Jg. 11, Nr. 22, S. 872—877. 1925.

Eine 54jährige Frau verfiel nach länger bestehendem Kopfschmerz innerhalb 14 Tagen unter abendlichen Fieberanstiegen und Bewußtseinstrübung. Nackensteifigkeit, Erhöhung der Kniereflexe (l.>r.), Zuckungen des linken Facialis und Arms, Doppeltsehen, harter, frequenter Puls, Miosis der auf Licht und Akkomodation träge reagierenden Pupillen kennzeichneten das nächste Stadium der Erkrankung. Dann trat Harnverhaltung, Ptosis und Facialisparese links, totale Pupillenstarre, Erbrechen, Trismus ein. Beiderseits Stauungspapille: im trüben Liquor Netzbildung, Lymphocytose, 1,2‰ Eiweiß. Tags darauf Inkontinenz des Darmes und der Blase. Trousseausches Phänomen. 3 Tage später allmähliche, leichte Besserung. Trismus, Ptosis, Zuckungen und Lähmung des Facialis schwinden zuerst. Nach weiteren 8 Tagen ist die Kranke nicht mehr bettlägerig, kein Kopfschmerz mehr, 3 Monate später nach

Digitized by Google

Jod-, Phosphor- und Arsengebrauch bleibt Patientin beschwerdefrei, ist 2 Jahre gesund, allerdings reizbarer als früher und hat auch eine Merkfähigkeitsstörung. Verf. hält die Meningitis tbc. demnach, wie auch Bickel und Cramer, für heilbar. Die Prognose ist günstiger bei erwachsenen Kranken, die durch voraufgegangene Infektionen eine Immunität erworben haben. Eine antituberkulöse immunisierende Präventivtherapie wird vorgeschlagen.

Kastan (Hamburg).

Luntz, R.: Ein Fall von primärer seröser Meningitis. Žurnal po izučeniju rannego detskogo vozrasta Bd. 3, Nr. 3, S. 260—262. 1925. (Russisch.)

Primäre seröse Meningitis bei einem Kinde von 1 Jahr 3 Monaten — ohne vorangegangene infektiöse Erkrankung. Muskuläre Zuckungen in den Gliedern und im Gesicht, dann Bewußtlosigkeit, kein Erbrechen. Am nächsten Tag Krämpfe, Temperatur bis 39,7°. Kernig positiv, Babinski inkonstant, Puls 110—120. Im weiteren Verlauf immer stärkere Somnolenz, Nackensteifigkeit. Am 6. Tage Strabismus und saugende Bewegung der Lippen. Am 8. Tage Lumbalpunktion, hoher Druck; man läßt 12 ccm abfließen: Liquor wasserklar, geringe Spuren Eiweiß, kein Sediment, 2 Lymphocyten im Präparat, keine Mikroorganismen. Keine Besserung. Am 16. Tage wiederholte Punktion, 10 ccm Liquor, Druck geringer. Das mit diesem Liquor geimpfte Meerschweinchen bleibt gesund. Nach der zweiten Lumbalpunktion allmähliche Wiederkehr des Bewußtseins. Völlige Genesung am Ende der 4. Woche. Väterlicherseits schwere neuropathische Belastung. Patient ist das dritte Kind. Das erste ist an Meningitis tuberculosa gestorben, das zweite — jetzt $3^1/_2$jährige Mädchen — hat schwere Krämpfe bei hohem Fieber im 9. Lebensmonat durchgemacht. Lues und Tuberkulose können ausgeschlossen werden. Verf. zählt diesen Fall zur zweiten Form der Finkelsteinschen Einteilung der primären serösen Meningitis im Kindesalter. *L. Arinstein* (Charlottenburg).

Nicolaysen, Lyder: Glykosurie bei meningealer Blutung. (*VIII. Abt., komm. Krankenh. Ullevaal, Oslo.*) Acta med. scandinav. Bd. 62, H. 5/6, S. 392—394. 1925.

44 Jahre alter Mann, seit Jugend Neigung zu Ohnmachtsanfällen, aus voller Gesundheit Anfall von Bewußtlosigkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit, Kernig und Babinski beiderseits positiv, Liquor himbeerfarben, sedimentiert von hellgelber Farbe, leichte Temperatursteigerungen für eine Woche, langsame Besserung aller Erscheinungen, nach 7 Wochen symptomfrei. In den ersten 6 Krankheitstagen Ausscheidung von 30—50 g Zucker täglich, dann von einem Tage zum anderen völliges Aufhören der Glykosurie; 8 Tage später ergibt eine Zuckerbelastungsprobe normalen Verlauf der Blutzuckerkurve. Ein so hoher Zuckergehalt des Urins (6,5—7,5%) ist bei Läsionen des Nervensystems wohl ohne Beispiel, auffallend ist auch das Verschwinden innerhalb eines Tages. *Geelvink* (Frankfurt a. M.).

Mogilnicki, T.: Les difficultés du diagnostic et les résultats de la sérothérapie spécifique de la méningite cérébro-spinale chez les nourrissons. (Die diagnostischen Schwierigkeiten und die Ergebnisse der Cerebrospinalmeningitis bei Säuglingen.) (*Hôp. Anne-Marie, Lodz.*) Arch. de méd. des enfants Bd. 28, Nr. 8, S. 476—486. 1925.

Die letzten 3 Jahre wurden 117 Fälle von epidemischer Cerebrospinalmeningitis vom Verf. behandelt. 85 Fälle (72,6%) betrafen Säuglinge, 11 Fälle Kinder im Alter von 1—2 Jahren und 21 2—14jährige Kinder. Die Krankheit setzt im Säuglingsalter gewöhnlich ohne deutlich meningitische Symptome und immer ohne begleitenden Herpes labialis ein. Nicht selten findet man im Anfang der Krankheit Coryza oder Bronchitis, in anderen Fällen gastrointestinale Symptome, aber keine deutlichen meningitischen Symptome. Manchmal fehlten auch in der folgenden Zeit augenfällige meningitische Symptome. Gewöhnlich tritt aber eine erhöhte Spannung der Fontanelle und eine Hyperalgesie hervor, welche Zeichen die wichtigsten diagnostischen Merkmale ausmachen. Behandlung: Alle Tage — wenn nötig 2, 3 Wochen lang — 10—30 ccm Antimeningokokkenserum intraspinal und 10 ccm intramuskulär oder intravenös injiziert. Wenn nicht erfolgreich oder wenn die intralumbale Applikation erschwert ist, wird das Serum intraventrikulär gegeben. Resultat: Von 85 serumbehandelten Fällen trat in 29 Fällen (34%) völlige Genesung ein und die Mortalität war 46 (54%). Von 51 in den ersten Wochen serumbehandelten Fällen besserten sich vollkommen 24 Fälle (47%) und 22 (43%) starben. *Wernstedt* (Stockholm).

Körperflüssigkeiten:

Wilcox, Herbert B., and John D. Lyttle: The chemical composition of the spinal fluid. Diagnostic value. (Die chemische Zusammensetzung der Cerebrospinalflüssigkeit. Ihr diagnostischer Wert.) (*Dep. of dis. of childr., coll. of physic. a. surg., Co-*

Digitized by Google

lumbia univ., a. childr. med. div. a. dep. of pathol., Bellevue hosp., New York.) Americ. journ. of dis. of childr. Bd. **30**, Nr. 4, S. 513—540. 1925.

Zweck dieser Arbeit ist es, festzustellen, für welche Substanzen die Zellen des Plexus chorioideus bei verschiedenen Krankheiten durchlässig werden und für welche nicht. 105 Kinder wurden untersucht: Der Eiweißgehalt betrug im Liquor Normaler 30—80 mg%; er ist besonders stark vermehrt bei akuten und chronischen Entzündungen der Meningen und der Hirnsubstanz. Der Liquorzucker beträgt normal 40—60% des Blutzuckers. Hohe relative Zuckerwerte im Liquor kommen vor bei Encephalitis epidemica, Meningismus, Epilepsie, Acidose, Nephritis, Poliomyelitis und sogar bei „Normalfällen". Diagnostisch ist also mit einer relativen Zuckervermehrung im Liquor nicht viel anzufangen. Verminderter Liquorzucker bei Meningitis epidemica und tuberculosa. Hier hat die Zuckerbestimmung beträchtlichen diagnostischen Wert. Chlor (bestimmt nach van Slyke) enthält der Liquor normalerweise 690—720 mg%. Niedrige Werte bei Meningitis. Die Kenntnis des Chlorgehalts im Blut hilft bei der Diagnose nicht weiter. Der Phosphorgehalt des Liquors ist unabhängig vom Phosphorgehalt des Blutes; im Liquor steigt er bei Meningitis, und zwar zunehmend mit dem Fortschreiten der Krankheit. Der Calciumwert des Liquors ist diagnostisch nicht verwertbar, da er sich bei normalen wie bei pathologischen Fällen in ziemlich engen Grenzen um 6 mg% herum bewegt. Die Verff. halten es für möglich, daß die Vermehrung von Zucker, Eiweiß und Phosphor im Liquor infolge erhöhter Durchlässigkeit der Zellen des Plexus chorioideus zustande komme. Nicht erklärt scheint ihnen einstweilen die Verminderung des Chlorgehalts bei Meningitis und das relative Zurückbleiben von Chlor und Phosphor hinter den Eiweiß- und Zuckerwerten bei Encephalitis. Vielleicht sind aber örtliche Verschiedenheiten in der chemischen Zusammensetzung des Liquors bisher zu wenig berücksichtigt: So fanden Verff. in einem Falle von „chronischer Basilarmeningitis" mit Hydrocephalus einen Liquorzuckerwert von 20 mg% im spinalen und von 64 mg% im Ventrikelliquor. *Wüllenweber* (Köln).

Jánossy, Julius, und Béla Horváth: Nachweis des Hypophysensekretes im Liquor der menschlichen Cisterna cerebello-medullaris. (*Med. Klin., Univ. Debreczen.*) Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 50, S. 2397—2398. 1925.

Zehn durch Zisternen- und zehn durch Lumbalpunktion entnommene Liquores werden auf ihre Einwirkung auf den virginellen Rattentonus untersucht. Der Zisternenliquor verursachte noch in der Verdünnung $^1/_6$ deutliche Uteruskontraktionen, während aber Lumballiquor in drei Fällen nicht einmal in der Verdünnung $^1/_5$ Einwirkung zeigte. Die Verff. folgern daraus, daß das Sekret des Hypophysenhinterlappens im Liquor ständig nachweisbar ist; es ist nur Zisternaliquor immer vorhanden, „also die Hypophyse des Menschen gibt durch das Infundibulum in den dritten Hirnventrikel ihr Sekret ab". *V. Kafka* (Hamburg).

Rathery, F., et Dreyfus-Sée: Les effets de la ponction lombaire sur la polyurie, la glycosurie et la glycémie chez les diabétiques et les sujets non diabétiques. (Die Wirkung der Lumbalpunktion auf die Polyurie, Glykosurie und Glykämie bei Diabetikern und Nichtdiabetikern.) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **92**, Nr. 10, S. 789—792. 1925.

Nachuntersuchung der Beobachtung von Lhermitte und Fumet eines beträchtlichen Diurese- und Glykosuriesturzes nach Lumbalpunktion. Eine konstante Beeinflussung der Harn- und Zuckerausscheidung fand sich nicht; vielleicht ist das differente Untersuchungsergebnis darauf zurückzuführen, daß durch besondere Lagerung ein Nachsickern von Lumbalflüssigkeit aus der Einstichstelle vermieden wurde. Dagegen war bei polyurischen und hyperglykämischen Zuckerkranken ein deutliches Sinken des Blutzuckergehalts während 24 Stunden nach Lumbalpunktion zu verzeichnen. Bei der großen Labilität derartiger Kranken auf jeglicherlei Einflüsse kann aber dieses Verhalten des Blutzuckers nicht als ein Beweis für die Rolle des Nervensystems in der Pathogenese des Diabetes gelten. *v. Kapff* (Hamburg).°°

Digitized by Google

Garofeanu, M., et N. Lazar: La cholestérine du liquide céphalorachidien dans l'état gravidique et puerpéral. (Der Cholesteringehalt des Liquors.) (*Laborat. de pathol. gén., univ., Jassy.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 28, S. 791 bis 792. 1925.

In der Gravidität und im Wochenbett fanden die Autoren in einer großen Anzahl von Fällen (keine Zahlenangaben) in Übereinstimmung mit Pinglini, der nur bei Tabes, Paralyse usw. pathologische Werte fand, keinen Cholesteringehalt. *F. Georgi* (Breslau).

Brucke, K.: Über den Gehalt des Liquor cerebrospinalis an Zucker und Calcium. (*Allerheiligen-Hosp., Breslau.*) Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. **148**, H. 3/4, S. 183 bis 194. 1925.

An 38 Fällen Zucker- und Calciumbestimmungen nach Bang bzw. nach de Waard. Bestätigung der Untersuchungen von Leicher, wonach der Ca-Gehalt im Liquor sich durch große Konstanz auszeichnet. Sowohl bei akuten und chronischen Erkrankungen der Gehirnhäute und des Gehirns Schwankungen höchstens innerhalb physiologischer Grenzen. — Der Zuckergehalt war bei einem Teil der Meningitisfälle sowie bei progressiver Paralysie erniedrigt. Bei Epilepsie wurden erhöhte, bei Tabes und Lues cerebrospinalis normale Werte gefunden. *F. Georgi* (Breslau).

Schaefer, Rudolf: Über die elektrische Leitfähigkeit des Liquor cerebrospinalis in Beziehung zur Goldsol- bzw. „Aurolumbal"-Reaktion. (*Med. Univ.-Klin., Königsberg i. Pr.*) Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 46, S. 2202—2204. 1925.

Die Bestimmung der elektrischen Leitfähigkeit des Liquors in 40 Fällen ergab Schwankungen von $1{,}05 \cdot 10^{-2}$ bis $2{,}00 \cdot 10^{-2}$. Bei 4 normalen Fällen wurden Werte zwischen $1{,}31 \cdot 10^{-2}$ und $1{,}38 \cdot 10^{-2}$ gefunden. Die Leitfähigkeitswerte folgen durchaus eigenen, von anderen Maßstäben (chemische und serologische Reaktionen usw.) unabhängigen Regeln. Es verbinden sich u. a. die niedrigsten wie die höchsten Leitfähigkeitswerte mit pathologischen Goldsolzacken, als auch mit normalen Kurven. Eine einwandfreie Gesetzmäßigkeit oder auch nur Bevorzugung von bestimmten Krankheitsgruppen für bestimmte pathologische Leitfähigkeitswerte konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Anhangsweise wurden Nachprüfungen mit dem fabrikmäßig hergestellten Goldsol-Aurolumbal besprochen, die im Gegensatz zu eigenen Erfahrungen des Ref. die Brauchbarkeit des Handelspräparats erwiesen. *F. Georgi.*

Krebs, Hans Adolf: Zur Theorie der Weichbrodtschen Sublimatreaktion im Liquor cerebrospinalis. (*III. med. Klin., Univ. Berlin.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 43, S. 1771—1773. 1925.

Die von Weichbrodt angegebene Sublimatreaktion im Liquor hat sich neben den übrigen chemischen Eiweißreaktionen bewährt, nicht nur, weil sie ein sehr feines Reagens für geringste Eiweißvermehrung darstellt, sondern weil sie insbesondere Nonne und Pandy durch ihr nicht striktes Parallelverlaufen ergänzt. Dieses Verhalten erklärt der Verf. dadurch, daß, während die Fällung bei der Phase I-Reaktion durch Ammonsulfat proportional der Globulinmenge stärker wird, die Fällung durch Sublimat ein Maximum bei einer bestimmten Globulinkonzentration, bei der Versuchsanordnung von Weichbrodt etwa bei 0,25% Gesamteiweiß erreicht. Steigt der Eiweißgehalt darüber, so wird die Sublimatreaktion immer schwächer, während Nonne dauernd an Stärke zunimmt. Darauf beruht die Tatsache, daß bei relativ geringfügiger Eiweißvermehrung (syphilitische Erkrankungen, multiple Sklerose) die Sublimatreaktion mit der Phase I-Reaktion parallel geht, während bei hochgradiger Eiweißvermehrung, Meningitis usw. nur die Nonnesche Reaktion deutlich anspricht.

F. Georgi (Breslau).

Knowles, Frank C., John B. Ludy and Henry B. Decker: The Wassermann reaction and the patient. Result of routine treatment of eleven hundred and seventy cases of syphilis. (Die Wassermannsche Reaktion und der Patient. Ergebnis der gebräuchlichsten Behandlung bei 1170 Fällen von Syphilis.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 17, S. 1267—1269. 1925.

Fälle aller Stadien und Formen von Syphilis wurden mit Arsphenamin, Queckailber und Jod behandelt; 380 Patienten waren 18 Wochen, 116 Patienten 40 Wochen in Behandlung. Je länger die spezifische Behandlung dauerte, desto höher war die Prozentzahl der Fälle mit negativ gewordenem Wassermann. *Wüllenweber* (Köln).

Digitized by Google

Magnus: Über den Liquor cerebrospinalis und das Hirnödem. (*49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.*) Arch. f. klin. Chir. Bd. 138 (Kongreßbericht), S. 58—59. 1925.

Verf. hat gemeinsam mit Walter Jakobi das Hundegehirn frei gelegt und mittels einer besonderen Apparatur Dura und Pia mater und das Ventrikelependym mikroskopisch beobachtet und photographisch aufgenommen. Über die Versuchsanordnung und Apparatur muß in den ausführlichen Publikationen (vgl. dies Zentrlbl. 42, 129 u. 653) nachgelesen werden. Die Vorversuche erstreckten sich auf das Studium der Strömung in den Gefäßen der weichen Hirnhäute, auf die Beeinflussung durch Puls und Atmung und auf den Nachweis des Liquors überhaupt. Es wurden Kreislaufstörungen verursacht durch Unterbindung großer Gefäße und Injektion von Adrenalin, Pilocarpin, Cholin u. a. m. Schließlich wurde mittels Embolieversuchen mit Luft, Tusche und Fett festgestellt, daß Embolien von Luft oder Tusche nicht nur einen mechanischen Verschluß, sondern auch Gefäßspasmen verursachen. Die eigentlichen Versuche beschäftigten sich damit, Ödem im Bereich des Gefäßbildes zu erzeugen. Verff. unterbinden zu diesem Zweck zuführende Gefäße oder sie erzeugen Stauung. Zuerst steigt das „Grundwasser des Gehirns" im subarachnoidealen Raum, dann in den perivasculären Scheiden und in den freien Lymphgefäßen der Pia mater. Die photographischen Bilder zeigen erst feine, dann stark glitzernde Reflexe im Gesichtsfeld, und schließlich wird das ganze Präparat so feucht, daß man „die Flüssigkeit in Tropfen an der Oberfläche" stehen sieht. Mit ganzen Serien von Bildern versucht der Verf. die Existenz von Lymphgefäßen in der Dura und Pia mater zu beweisen. An der Bildung des Ödems nehmen die Lymphgefäße der Pia und Arachnoidea besonders teil, sie weisen auch eine träge Peristaltik auf. Mit den Aufnahmen des Inneren der Ventrikel versucht Verf. zu beweisen, daß sowohl das Ependym wie auch der Plexus an der Absonderung des Liquors beteiligt sind. *O. Schwab.*

Georgi, F., und H. Münch: Zur Theorie und Praxis der Plasma-, Liquor- und Serumreaktionen mit besonderer Berücksichtigung der Syphilis, der Tuberkulose sowie der Fiebertherapie. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Breslau u. städt. Krankenanst., Breslau-Herrnprotsch.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 98, H. 5, S. 722—742. 1925.

Die Verff. haben die Lecithin-Calciumchlorid-Ausflockungsreaktion nach Sachs und Klopstock im Serum Tuberkuloseverdächtiger und von Kontrollfällen ausgeführt und günstige praktische Erfolge erzielt. Auch mit dem Liquor angesetzt, ergab die Reaktion interessante Resultate. Ferner wurde als Plasmalabilitätsreaktion die Ausflockung des Citratplasmas durch 30proz. NaCl-Lösung studiert und ihre Bedeutung besonders bei der Verfolgung der Fiebertherapie der Paralyse hervorgehoben. Schließlich wurde noch die Benzocholreaktion nach Sachs, Klopstock und Ohari an großem Serummaterial nachgeprüft. Es wurden Versuche gemacht, diese Reaktion auch mit Liquor anzustellen. Die Ergebnisse waren zufriedenstellend. Auch die Theorie der Reaktion wird in interessanten Versuchen berührt.

V. Kafka (Hamburg).

Schädel:

Léri, André, et Fernand Layani: Hémi-facio-craniose. (Hemifaciokraniose.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 41, Nr. 24, S. 1013—1018. 1925.

Beschreibung eines Falles von Hemikraniose, einem Krankheitsbild, das durch eine halbseitige, das Quintusgebiet betreffende Hyperostose des Schädels charakterisiert ist. Von der Hemihypertrophia facialis unterscheidet es sich, daß lediglich der Knochen, nicht die anderen Gewebe von der Hypertrophie betroffen sind. Das Röntgenbild zeigt schwere Knochenveränderungen des Schädels, auch intrakranielle knöcherne Neubildungen. An den Zähnen und Tibien finden sich rachitische Veränderungen, und die Autoren glauben, daß ätiologisch vielleicht eine Heredosyphilis den Erscheinungen zugrunde liegt. *Krambach* (Berlin).

Wohlwill: Über ein malignes Chondrochordom der Schädelbasis. Ärztl. Ver., Hamburg, Sitzg. v. 15. XII. 1925.

55jähriger Mann. 1918 mit Verlegung der Nase erkrankt. 1920 Trochlearisparese. Ver-

Digitized by Google

waschene Papillengrenzen. Bald darauf Abnahme des Sehvermögens; zentrales Farbenskotom, Stauungspapille, Protrusio bulbi bds. Probeexcision aus der Nase in Kiel: Carcinom. Röntgen: Verschattung des Keilbeins und der Sella. Mehrfache therapeutische Röntgenbestrahlung ergibt wiederholt Besserung des Röntgenbefundes und des Exophthalmus, nicht dagegen des Sehvermögens, vielmehr fortschreitende Erblindung durch Sehnervenatrophie. 1921: Kopfschmerzen, Ohnmachten, Depression, Schlaflosigkeit. 1923 erneute Probeexcision ergibt Myxosarkom. 1924: Akusticusparese erst rechts, dann links. Anf. 1925: Vorübergehende Hemiparese links. Abnahme der Intelligenz und des Gedächtnisses. Juli 1925: Exitus. Sektion: Glasiger Tumor fast der gesamten Schädelbasis, in die Schädelhöhle, aber fast überall noch von Dura bedeckt, ferner in die Nasen- und Augenhöhlen vorgewuchert. Mikroskopisch: Neben Bezirken von sarkomatösem Charakter überwiegend solche mit Blasenzellen („Physaliden"). Im Keilbein ausgesprochen chondromatöse Neubildung. Besprechung der Ableitung solcher Tumoren. Betonung der Beteiligung anderer skelettogener Gewebe neben Chordaelementen am Aufbau solcher Chordome in Übereinstimmung mit Coenen. *Autoreferat.*

Pentman, I.: Beitrag zu den multiplen Myelomen. (*Pathol. Anat., med. Inst., Omsk.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 258, H. 1/2, S. 161—164. 1925.

Fall von auf das Schädeldach beschränkten Myelomen, die klinisch keine Erscheinungen gemacht hatten. Histologisch besteht es aus Zellen, die einige, aber nicht alle Charaktere der Plasmazellen aufweisen. Verf. schlägt vor, den Tumor als „myeloblastisches Plasmacytom" zu bezeichnen, im Gegensatz zu anderen, die „myelocytäre" und „lymphoblastische" Plasmacytome zu benennen wären. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Großhirn:

Encephalitis:

Neal, Josephine B., Henry W. Jackson and Emanuel Appelbaum: A study of four hundred and fifty cases of epidemic encephalitis. (Studium an 450 Fällen von epidemischer Encephalitis.) Americ. journ. of the med. sciences Bd. **170**, Nr. 5, S. 708—722. 1925.

Die statistischen Mitteilungen stammen von 451 Fällen, die von den Verff. in den Jahren 1918—1923 gesehen wurden. 203 Fälle erkrankten in den Monaten Januar bis März, die wenigsten Erkrankungen (68) kamen in den Sommermonaten Juli bis September vor. 264 männliche, 187 weibliche Kranke. 234 Kranke waren über, 217 unter 15 Jahre. Die relative Häufigkeit der Erkrankung bei Kindern beruht z. T. auf akzidentellen Gründen, da die Verff. häufig gerade zu Kindern mit unklarer Diagnose gerufen wurden; doch betonen Verff., daß die Encephalitis auch im Kindesalter häufig ist und hier besonders oft verkannt wird. Die sehr kurze Symptomatologie enthält fast nichts Neues. Bemerkenswert sind einige Fälle mit trophischen Störungen, Cornealgeschwüren, Alopecie, Furunculosis, Zahncaries nach dem akuten Schub. Auf den Liquorbefund ist großes Gewicht zu legen; Veränderungen wurden meist gefunden, meist mäßige Pleocytose, gelegentlich aber bis über 1000 Zellen im cmm, auch polymorphkernige Zellen kommen vor. Albumine und Globuline mäßig vermehrt, Zuckergehalt 50—100 mg %. Goldkurve kann dem luischen und paralytischen Typ völlig entsprechen. Therapeutisch sahen Verff. in einigen Fällen Gutes von wiederholten Lumbalpunktionen; sonst kennen sie nur symptomatische Behandlung. 127 Fälle starben; Mortalität 28,2%. Folgeerscheinungen können noch nach 1 Jahr zurückgehen. Mitteilung eines Falles, der nach dem akuten Schub Parkinsonerscheinungen zeigte, die nach 1 Jahr zurückgingen; dann trat schlaffe Parese der rechten Seite mit Fehlen der tiefen Reflexe ein. Von 288 Fällen zeigten 78 Folgeerscheinungen ausgesprochener Art, meist seelische, 30 „Abstumpfung der Intelligenz", nur 11 Fälle mit ausgesprochenem Parkinsonsyndrom, doch geben Verff. selbst zu, daß einige Kranke mit asthenischen Symptomen parkinsonverdächtige Symptome zeigten. 13 Fälle mit Lähmungen oder Paresen von Gesichts- oder Gliedmaßenmuskeln als Folgeerscheinung. *F. Stern* (Göttingen).

Bouman, L., und Ernst Janzen: Die Diagnostik der Encephalitis epidemica in der Allgemeinpraxis. (*Psychiatr.-neurol. klin., Valeriusplein, Amsterdam.*) Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 2. Hälfte, Nr. 19, S. 2070—2087. 1925. (Holländisch.)

Verff. bringen eine Übersicht ihrer Erfahrungen über die Encephalitis lethargica, die besonders für den praktischen Arzt bestimmt ist. *Forster* (Greifswald).

Digitized by Google

Trömmer: Schlaf und Encephalitis. Biol. Abt. d. ärztl. Ver., Hamburg, Sitzg. v. 8. XII. 1925.

Schlaf ist ein aktiver Funktionskomplex, welcher sich in der Tierreihe allmählich zu der komplizierten Form des menschlichen Schlafs entwickelt, welcher durch eine Reihe von Faktoren mobilisiert werden kann, z. B. durch Ermüdung reaktiv, durch Suggestion associativ, durch Schlafmittel chemisch, durch Kälte und Wärme usw. und welchem ein Schlaforgan dient, dessen wesentlicher Teil der Thalamus opticus ist. Diese vom Vortragenden 1912 entwickelte Lehre hat inzwischen eine so große Reihe von anatomischen und klinischen Stützen erfahren, daß ihm neue Erörterungen nötig erscheinen. Diese Stützen sind 1. mehrere Thalamuserkrankungen mit ausgesprochener wochenlanger Schlafsucht (Fälle von Hirsch und Luksch); 2. Erkrankungen der Infundibulargegend mit Druckwirkung auf den Thalamus, z. B. Fälle von Bychowsky, Kloth, Schäffer, Trömner); 3. menschliche Anencephalen mit erhaltenem Thalamus und erhaltenen Schlafperioden (Gampers, Fall) und 4. die Erfahrungen bei Encephalitis Economo, der „Schlafkrankheit" katexochen, deren mikroskopisch sichtbare Krankheitsspuren im wesentlichen in Großhirnganglien und zentralem Höhlengrau lokalisiert sind. Gegen die Lokalisation eines Schlafzentrums in letzterem spricht die prompte Schlafhemmung choreatischer und hemiballistischer Unruhe. Dem von Trömner beobachteten und von Jakob untersuchten Falle von Hemiballismus lag eine Erweichung des Corpus subthal. zugrunde bei intaktem Thalamus. Die prompte Schlafhemmung der Hemijactation dieses Falles konnte nur von einem übergeordneten Hirnzentrum ausgeübt werden, ebenso in Fällen selbst schwerster Chorea, falls die Erkrankung den Thalamus nicht mit ergreift, wie in den Fällen von encephalitischer Schlaflosigkeit mit Chorea. Auch die häufigen initialen Schmerzen der Encephalitiker und gelegentliche Sinnestäuschungen vor Eintritt der Schlafsucht lassen sich auf den Thalamus beziehen. Diese E.-Schlafsucht, welche übrigens auch ohne Augenmuskelstörungen auftreten kann, ähnelt auch hinsichtlich ihrer Reaktionsform und ihrer Wiedererweckbarkeit dem natürlichen Schlaf. Die Schlafsucht der Erkrankungen des zentralen Höhlengraus, z. B. der Polioencephalitis Wernicke, ist mehr Koma als Schlaf. Auch gewisse Einzelsymptome der Encephalitis sind als Teilerscheinungen des Schlafkomplexes aufzufassen, z. B. das Zufallen der Augen mancher Kranken bei der Arbeit, beim Gehen auf der Straße u. a. Es ist stets verbunden mit allgemeinem Schlafzwang und nicht als Ptosis, sondern als wirklicher Augenschlußzwang zu deuten: so weisen alle Erfahrungen des letzten Jahrzehntes konvergent auf den Thalamus als wesentliches Schlafzentrum hin. *Selbstbericht* (durch *Wohlwill*).

Nyssen, R., et L. van Bogaert: Sur des formes localisées du syndrome excito-moteur. (Über motorische Reizerscheinungen lokalisierter Art.) Journ. de neurol. et de psychiatrie Jg. 25, Nr. 5, S. 336—337. 1925.

Kurzer Bericht über Vorstellung von 3 Krankheitsfällen: 1. 40jährige Frau, postencephalitischer Parkinsonismus seit 3 Jahren, seit 5 Monaten rhythmische vertikale Zitterbewegungen des Unterkiefers und synchrones Zittern der Kinn-Lippen-Wangen-Muskulatur, besonders links, so daß es zu seitlicher Verzerrung des Gesichtes kommt. 2. 58jährige Person bekommt auf encephalitischer oder seniler Grundlage Parkinsonerscheinungen in Form von Händezittern, dem sich nach einem Jahre rasches, rhythmisches Zittern im Facialisgebiet einer Seite hinzugesellt. 3. 12jähriger Knabe, bei dem sich bald nach Ablauf des akuten Stadiums der Encephalitis arhythmische, langsame, einförmige Lippenbewegungen einstellten.

Geelvink (Frankfurt a. M.).

Gamble, C. J., O. H. Perry Pepper and G. P. Muller: Postencephalitic tic of the diaphragm. Pulmonary overventilation, and relief by blockade of phrenic nerves. (Postencephalitischer Zwerchfelltic. Pulmonäre Hyperventilation und Heilung durch Phrenicusblockade.) (*Hosp., univ. of Pennsylvania, Philadelphia.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 19, S. 1485—1487. 1925.

38jähriger Patient machte im November 1924 eine akute Encephalitis durch. Im Januar 1925 traten Atemstörungen auf: er mußte dauernd schnell und tief atmen. Im März wird folgender Befund erhoben: leichte Hemihypästhesie rechts, geringe Differenz im Facialis und Acusticus, horizontaler Nystagmus, rechte Pupille lichtstarr, links träge Lichtreaktion. Es besteht ausgesprochene Tachypnoe: es erfolgen, wie sich durch pneumographische Registrierung ergibt, 60—90 Zwerchfellzuckungen in der Minute, mit denen synchron die Atembewegungen des Thorax verlaufen. Mitunter findet einmal eine Zwerchfellzuckung ohne gleichzeitige Thoraxexkursion statt. Nach Anstregung und häufig im Schlaf wird das Verhältnis der Zwerchfell- zu den Brustbewegungen genau wie 2 : 1. Es besteht keine Cyanose. Die Blutuntersuchung ergibt erhöhte Alkalescenz, Herabsetzung der Kohlensäurespannung. Also bestehe ein Zustand von Hyperventilation, der primär auf den Zwerchfelltic zurückzuführen sei, während die Störung der Brustatmung ihren Grund darin habe, daß das Atemzentrum infolge der Hyperventilation keine normalen Impulse mehr aussende. Eine Beseitigung des Zwerchfelltics mußte bei Richtigkeit dieser Ansicht die Atemstörung beheben, was tatsächlich durch eine doppelseitige Phrenicusvereisung auch erreicht wurde. *Hans Strauss.*

Digitized by Google

Korst, L.: Ein Fall von Eunuchofeminismus mit Parkinsonismus und psychischen Alterationen nach epidemischer Encephalitis. (*Psychoneurol. Staatsinst., Moskau.*) Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. **32**, H. 1/2, S. 57—63. 1925.

Im Anschluß an eine akute fieberhafte Erkrankung im Jahre 1923, die damals als Malaria gedeutet wurde, aber wahrscheinlich eine epidemische Encephalitis darstellte, kam es bei einem 21jährigen Mann zu dem Syndrom: Eunuchofeminismus (Adipositas, feminine Fettverteilung, Hodenatrophie, abnorm kleine Hände und Füße, geringe Muskelkraft, verschiedenartige Längenmaße der Ober- und Unterschenkel), mäßige Polyurie und Polydipsie plus Hypothermie, Parkinsonismus ohne Tremor, Charakterabweichungen. Verf. reiht seinen Fall einem von Potet beschriebenen an. Genauere anthropometrische Maße liegen vor. Vieles spricht dafür, daß alle Symptome neurogener Natur sind, auch die eunuchofemininen auf Affektion des Zwischenhirns beruhen. *F. Stern* (Göttingen).

Zingerle, H.: Beitrag zur Kenntnis und Entstehung rhythmisch-iterierender Hyperkinesen im Verlaufe organischer Gehirnerkrankungen. (*Krankenh. d. Barmherzigen Brüder, Graz.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 1/2, S. 18—31. 1925.

Fall von postencephalitischem Parkinson-Syndrom, bei dem eine eigentümliche, rhythmische Hyperkinese von bestimmten Muskeln im Mundgebiete vorhanden war, die eine weitgehende Übereinstimmung mit dem kindlichen Saugeautomatismus aufwies. Verf. meint daher, daß es sich in seinem Falle und in analogen Fällen um das Wiederaufleben eines physiologisch vorgebildeten Automatismus der ersten Kindheit handelt, wobei er sich nach ausführlicher Diskussion der Genese dieses Symptoms schließlich für eine Enthemmung nervöser Verbände, ähnlich wie beim Wiederauftreten des Babinskischen Zehenphänomens ausspricht. Die Rhythmizität dieser Hyperkinese, die schon seit längerer Zeit bestand, sowie anderer rhythmischer Hyperkinesien bei organischen Nervenerkrankungen, sieht Verf. als den Ausdruck des Freiwerdens einer präformierten Rhythmik. „Die Enthemmung der alten Automatismen bringt gleichzeitig auch die ontogenetisch und phylogenetisch noch tiefer wurzelnde Neigung zu rhythmischer Wiederholung an die Oberfläche." Vielleicht spiele dabei noch eine Empfindlichkeitssteigerung der nervösen Zentren als Isolierungserscheinung eine Rolle. *Dusser de Barenne* (Utrecht).

Halliday, James L.: The spinal fluid sugar in encephalitis. (Liquorzucker bei Encephalitis.) (*Laborat., Ruchill fever hosp., Glasgow.*) Quart. journ. of med. Bd. **18**, Nr. 71, S. 300—308. 1925.

Verf. ist kritisch der Frage nachgegangen, ob wirklich, wie behauptet, eine Vermehrung des Zuckergehalts im Liquor bei epidemischer Encephalitis besteht. Er untersuchte gleichzeitig Blut- und Liquorzucker nach der Methode von Mac Lean, von dem Gedanken ausgehend, daß die bisherigen Resultate vielleicht durch Nichtberücksichtigung des Blutzuckergehalts und der jeweiligen Nahrungszufuhr bedingt gewesen seien. Es wurden daher bei Encephalitis und einigen Kontrollfällen Untersuchungen über Zuckermenge in Blut, Liquor, sowie das Verhältnis von Liquor zu Blutzucker zunächst nach 12stündigem Fasten angestellt, dann nach Zufuhr von 50 g Glucose, und es wurden über die Zuckervermehrung nach Glucosezufuhr Kurven angelegt, die dadurch ermöglicht wurden, daß Verf. die Punktionsnadel mit Stilett nach der Punktion stecken ließ (!) und in halbstündlichen Intervallen Liquor und Blut entnahm. Verf. stellt dann fest, daß Blut- und Liquorzucker bei epidemischer Encephalitis (akute Stadien) in normalen Grenzen (56 mg-% Liquorzucker durchschnittlich) bleiben, ebenso die Liquorzucker-Blutzuckerproportion; die Blutzuckerkurven sind bei Encephalitis normal oder weisen auf Leberfunktionsstörungen hin. Die Liquorzuckerkurve nach Glucosezufuhr steigt schon beim Normalen verzögert an gegenüber der Blutzuckerkurve; bei Encephalitis ist es ebenso. Die Nichtberücksichtigung der verzögerten Liquorzuckervermehrung nach Glucosezufuhr kann zu Fehldeutungen führen. Liquor- und Blutzucker sollen nach 12stündigem Hungern untersucht werden. Normalver-

Digitized by Google

hältnis: Liquor- zu Blutzucker 50—70%. Eine höhere Prozentzahl spricht für Hyperglykorrhachie. *F. Stern* (Göttingen).

Weidner, E.: Die kindliche Charakterentartung nach epidemischer Encephalitis und ihre Behandlung. (*Heil- u. Pflegeanst. d. Saargebiets, Merzig.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 42, S. 1731—1733. 1925.

Verf. schildert in kurzer, treffender Weise die Symptomatologie der postencephalitischen Charakterveränderung bei Kindern. Er bespricht die Diagnose gegenüber anderen Psychopathieformen, die meist neben dem anethischen Symptomenkomplex auch noch in anderer Richtung Auffallendes zeigen, gleichzeitig haltlos, schlaff, suggestibel, affektlabil und verschroben sind, während sich bei der encephalitischen Charakterveränderung oft noch neurologische Residuen (Augenmuskellähmungen usw.) nachweisen lassen. Die Therapie kann nicht so aktiv, wie bei der akuten Encephalitis mit Trypaflavin, Rekonvaleszentenserum usw., sein, allenfalls kann man eine Reizkörpertherapie versuchen, meist wird man zu den symptomatischen Mitteln des Scopolamin, Luminal, Atropin und Nirvanol die Zuflucht nehmen müssen. Die Psychotherapie hat Aufklärung der Umgebung (Lehrer!) und systematische Heilpädagogik anzustreben, oft wird Heilanstaltserziehung, und zwar in ärztlich geleiteten oder zum mindesten überwachten Anstalten notwendig. Bei schwerster Charakterveränderung mit großer motorischer Unruhe bleibt nur die Heil- und Pflegeanstalt, wo solche Kinder mühsam gebändigt werden können. Eine Zentralisierung dieser Kinder in besonderen Heilanstalten ist nicht zu erstreben, da oft schon mit einem oder wenig einzelnen Kindern schwer fertig zu werden ist. *G. Ewald* (Erlangen).

Andreew, M. P.: Psychopathogenetische Probleme' betreffend die Veränderungen der Psychik bei Kindern infolge von epidemischer Encephalitis. (*Psychiatr. Klin., Univ. Kasan.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 99, H. 1/2, S. 271—289. 1925.

Als wesentlichste Grundzüge der „metencephalitischen" Psychik der Kinder bezeichnet Verf. eine allgemeine Herabstimmung des psychischen Tonus neben Vorhandensein einiger psychisch-hypertonischer Erscheinungen, dazu gesteigerte motorische Äußerungsfähigkeit der psychischen Zustände und allgemeine Steigerung der psychischen Labilität. Er stellt diese „hypotonische Hyperkinesie" der hypertonischen Hypokinesie des Parkinsonismus gegenüber, wenn auch dieser Gegensatz sich zum Teil ausgleicht, und bezeichnet den Zustand als Dystonia — Dyskinesia psychica. Derartige Zustände treten meist bei epidemischer Encephalitis auf, können aber auch bei anderen Encephalitiden auftreten, wenn diese die subcorticalen Ganglien befallen. Verf. geht auch der Frage der präpsychotischen Persönlichkeit nach und findet an dem allerdings geringen Material von 7 Fällen, daß zwischen den metencephalitischen Zuständen und konstitutionellen bzw. konstellativen Bedingungen pathoplastische Beziehungen bestehen, indem die encephalitischen Symptome von dispositionellen und reaktiven Erscheinungen überschichtet werden. *F. Stern* (Göttingen).

Berghinz, Guido: Sindromi varie dell'encefalite epidemica nel bambino. (Die verschiedenen Symptome der epidemischen Encephalitis beim Kinde.) (*Clin. pediatr., univ., Padova.*) Pediatr. prat. Jg. 2, Nr. 1, S. 1—7. 1925.

Es werden 10 Fälle epidemischer Encephalitis beim Kinde mitgeteilt, die verschiedenen Gruppen der Krankheit angehören (Polyneuritis, initialer Parkinson, initiale Epilepsie, Hemichorea, Psychosen). Erörterung der der infantilen Gruppe eigenen Symptomatologie. *Neurath* (Wien).

Paasche, Karl: Zur Frage der Therapie bei postencephalitischen Krankheitsformen. (*Prov.-Heilanst., Warstein.*) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 83, H. 1/2, S. 114—117. 1925.

Injiziert Hg. oxycyanatum, 10 ccm einer 1 proz. Lösung im Laufe von 10 Tagen. Kur eventuell ein- oder zweimal wiederholt. 3 Fälle mitgeteilt. Im ersten Verwirrtheitszustand nach dem akuten Stadium, im zweiten Speichelfluß, Charakterveränderung, Erregungen nach dem akuten Stadium, im dritten Falle Rigidität 3 Monate nach Krankheitsbeginn. Alle Fälle wurden gebessert. *F. Stern* (Göttingen).

Digitized by Google

Kraus, Walter M., and Arthur Weil: An unusual and protracted case of Schilder's disease. (Schildersche Krankheit.) (*New York neurol. soc., 6. X. 1925.*) Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. **62**, Nr. 6, S. 620—625. 1925.

Die von Schilder im Jahre 1912 beschriebene „Encephalitis periaxialis diffusa" betrifft im vorliegenden Falle einen 34jährigen Mann, der mit Gangstörung, Störung der Sensibilität an allen 4 Extremitäten und Sehstörung erkrankte und unter stetiger Zunahme der nervösen Erscheinungen 13 Jahre später starb. Die histologische Untersuchung zeigte Markscheidenverlust ausgedehnter Bezirke des gesamten Zentralnervensystems, perivasculäre Infiltration und Zunahme der Glia. Die Autoren halten an dem von Schilder beschriebenen Typus fest, trotzdem von verschiedenen Seiten auf die großen Differenzen der als Schildersche Krankheit bezeichneten Fälle sowohl bezüglich des klinischen als auch des histologischen Bildes hingewiesen wurde. Diese Differenzen erklären sich aus der wechselnden Lokalisation und dem Alter des Prozesses. *H. Müller* (Wien).

Hirnblutung, Hemiplegie, Arteriosklerose, Encephalomalacie:

Wilder, Josef: Zur Kasuistik des Verschlusses einzelner Hirnstammarterien. (*Nervenheilanst. Maria Theresien-Schlössel, Wien.*) Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. **59**, H. 3/4, S. 154—185. 1925.

Wilder bringt neben einer kritischen Zusammenstellung der Literatur über die wichtigsten Symptome eines Verschlusses der Art. vertebralis, basilaris, cerebelli infer. poster., spinalis anterior auch einige eigene, mit einer Ausnahme allerdings nur klinisch beobachtete Fälle: Eine Frau mit den Zeichen eines linksseitigen Verschlusses der Art. cerebelli infer. poster. (es fehlt das Resultat der Kehlkopfuntersuchung!), eine 44jährige Frau mit Symptomen einer Blutung oder eines Verschlusses der Art. cerebelli infer. poster. sinistr., einen 50jährigen Mann mit der pontinen Form der akuten Bulbärparalyse (gemischt nucleär-supranucleär), einen 60jährigen Mann mit durch die Sektion bestätigten Erweichungen in der frontalen Brücke (Basilaristhrombose?) auf Grund einer Endarteriitis und Leptomeningitis luëtica. *Wallenberg* (Danzig).

Brighenti, Giovanni: Occlusione intestinale, appendicite e sindrome di Weber di natura malarica. (Darmverschluß, Appendicitis und Webersches Syndrom auf Grundlage der Malaria.) Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **46**, Nr. 8, S. 172—181. 1925.

Nach Darstellung je eines Falles von Darmverschluß und Appendicitis bei Malaria berichtet Verf. über folgende interessante Beobachtung: Bei einer 27 Jahre alten Patientin tritt im Verlaufe einer Malaria vom quotidianen Typ auf der Höhe des Fiebers plötzlich eine Lähmung mit der Verteilungsform des Weberschen Syndroms auf. Diese ist am nächsten Vormittag im fieberfreien Intervall wieder bis auf ganz geringe Reste verschwunden, um am Nachmittag des gleichen Tages bei Wiedereintritt des Fiebers erneut vollständig in Erscheinung zu treten. Am nächsten Vormittag wieder nur ganz geringe Reste der Lähmung, die sich, da nach der inzwischen eingeleiteten Chininkur weitere Fieberanfälle ausbleiben, auch bald völlig zurückbilden. — Die Lähmung wird auf eine rein mechanische Verlegung der die betreffenden Hirnabschnitte versorgenden Arteriolen durch die Malariaplasmodien und die durch diese veränderten Erythrocyten zurückgeführt. Bei dem Zerfall der Plasmodien werden die Gefäße wieder durchgängig, so daß die geschädigten nervösen Elemente sich mehr oder weniger rasch erholen können. *Hans Strauss* (Frankfurt a. M.).

Linsenkernerkrankungen, Dyskinesien:

Leschtschenko, G. D.: Beiträge zum Studium der Pseudosklerose. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **75**, H. 2/3, S. 392—400. 1925.

Die Arbeit enthält die klinische Beschreibung eines Falles von „reiner" Pseudosklerose. Das Leiden begann im Kindesalter und äußerte sich am Anfang durch epileptiforme Anfälle. Dann entwickelte sich oszillatorisches Zittern des Kopfes und der Extremitäten, welches in Ruhe wesentlich nachließ, verlangsamte Sprache, maskenartiger Gesichtsausdruck und psychische Veränderungen, welche in Reizbarkeit, Eigensinnigkeit, Zerstreutheit, Vergeßlichkeit und Wutanfällen bestehen. Keine Störungen der Reflexe und der Sensibilität. Leber normal. Ca-Gehalt erhöht. *Rose* (Berlin).

Bostroem, August: Über eine eigentümliche Form psychischer Entwicklungshemmung mit Beziehung zur Athetose oder zur frühkindlichen Motorik. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. München.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **75**, H. 1, S. 1—20. 1925.

Verf. beschreibt 3 Fälle, welche gemeinsame somatische Merkmale aufweisen,

Digitized by Google

die eine Beziehung zur Athetose vermuten lassen oder als ein Zurückbleiben in der motorischen Entwicklung aufzufassen sind. Bei denselben Fällen war die Anwendung ihrer intellektuellen Fähigkeiten wegen affektiver Störungen unmöglich. Trotz ihrer guten Schulleistungen und trotz Mangel an Intelligenzstörungen machen diese Patienten den Eindruck schwachsinniger Menschen. Die nahe Beziehung dieser Fälle zur Athétose double erscheint deshalb besonders bemerkenswert, weil Kranke mit Athetose meist für schwachsinniger gelten als sie tatsächlich sind. Die affektiven Störungen, durch welche die Verwertung der vorhandenen Urteilskraft erschwert ist, bestehen im wesentlichen in einer läppisch-heiteren Grundstimmung mit Neigung zu albernen Scherzen. Ihrer Umgebung gegenüber sind diese Kranken oft ungeniert, das Gefühl der Achtung und der Distanz geht ihnen ab. Sie sind in ihrem Verhalten undiszipliniert, plump vertraulich, ohne Mitleid gegen hilflose Kranke und taktlos. Im praktischen Leben gelten sie als schwachsinnig. Die Kranken dieser Gruppe zeigen gleichzeitig neurologische Symptome, die sich in Beziehung zur Athétose double und auch zur kindlichen Motorik bringen lassen. Das psychische Verhalten zeigt eine Verwandtschaft mit der vieler Athetotiker. *Rose* (Berlin).

Lambranzi, R.: Trauma e malattia di Parkinson. (Trauma und Parkinsonsche Krankheit.) Quaderni di psichiatr. Bd. 12, Nr. 9/10, S. 197—203. 1925.

Die Arbeit, die psychisches und körperliches Trauma als ätiologische Faktoren völlig gleichzusetzen scheint, sieht auch die Unterscheidung von Parkinsonscher Krankheit und Parkinsonsyndrom als erzwungene Trennung an. Die bei beiden vorkommenden Symptome werden erwähnt, über die anderen wird hinweggegangen. Anamnestisch seien oft bei Paralysis agitans erhöhte Temperatur, Sehstörungen, Kopfschmerz festzustellen wie bei Enc. leth. Da diese auf Infektion beruht, so — wird ebenso kühn wie einfach geschlossen — auch die Paralysis agitans. Dem Trauma ist — darin ist dem Verf. beizustimmen — für die Entstehung der Parkinsonschen Krankheit nur eine mitwirkende Rolle zuzugestehen. Es raubt dem Gewebe die Widerstandskraft gegen die nun eintretende Infektion, sonst aber hat das Trauma kaum eine Bedeutung in der Genese der Krankheit, die zu chronisch und progredient sei, um einen Zusammenhang wahrscheinlich zu machen, und die ja auch bei den zahlreichen Hirnverletzten des Krieges nicht aufgetreten ist. *Kastan* (Hamburg).

● **Jarkowski, J.: „Kinésie paradoxale" des parkinsoniens. Contribution à l'étude du mécanisme de la motilité volontaire.** (Die paradoxe Kinesie der Parkinsonkranken. Beitrag zum Studium der Willkürmotilität.) Paris: Masson et Cie. 1925. 79 S. Frcs. 12.—.

Die lesenswerte, wenn auch Angriffspunkte bietende Abhandlung des Verf., eines Schülers Babinskis, versucht von der bekannten paradoxen Kinesie der Parkinsonkranken ausgehend, ein tieferes Verständnis für die Störungen des Parkinsonismus und der Bewegungen überhaupt zu gewinnen. Die Arbeit ist rein klinisch-physiologisch orientiert. Zunächst wird konstatiert, daß die paradoxe Kinesie, zu der auch Propulsionen, die Tilneysche metadrome Progression und außerdem andere unerwartete Bewegungsabläufe bei sonst akinetisch-rigiden Kranken gehören, in ihren grotesken Formen zwar selten, in leichter Form aber sehr häufig ist; affektbetonte Reize rufen sie hervor, doch sind dieselben nicht immer zu entdecken. Die bisherigen Theorien von der Entstehung des Parkinsonismus vermögen das Symptom nicht zu erklären, weder die Annahme, daß ein Zentrum der Tonusregulation gestört ist, noch die, daß in den basalen Ganglien Zentren für Automatismen liegen. Verf. selbst hält die Rigidität für eine sekundäre Störung; sie ist zurückzuführen auf den gesteigerten Antagonistenreflex Babinskis, der sich immer einstellt, wenn eine Lageverschiebung eines Körperabschnitts eintritt, und der Lageveränderung entgegenwirkt. Gewicht legt Verf. auf die beim Parkinsonismus fehlenden affektiv-motorischen Reaktionen, die reflektorisch wirkenden Bewegungen, die nach Schmerzen, Überraschungen usw. eintreten, von den Abwehrreflexen getrennt werden können und die gerade bei Pyramidenstörungen ge-

Digitized by Google

steigert sind. Nach Ansicht des Verf. ist beim Parkinsonismus ein phylogenetisch altes, affektiv-motorisches Zentrum der „Protoenergie" gestört; auf anatomische Begrenzung dieses Gebietes läßt Verf. sich nicht genauer ein, wenn er auch zugibt, daß die zentralen Ganglien hier eine bedeutende Rolle spielen; die Rinde ist diesem protoenergischen motorischen System als ein höherer „zügelnder" Mechanismus übergeordnet. Das Defizit in dem expansiven protoenergischen Apparat führt sekundär zur Steigerung der Antagonistenreflexe und damit zur Rigidität. Jeder Impuls, der genügend stark ist um die Reste erhaltener Protoenergie zu erwecken, vermag die Rigidität vorübergehend zu beheben und kann zu korrekten Handlungen führen. Die affektiv-motorischen Reaktionen, die den primären Bewegungsimpuls darstellen, gestatten kaum das physiologische Bewegungselement des Reflexes von dem psychischen Element des Affektes zu trennen; beide bilden nur die beiden Seiten des gleichen Geschehnisses. Infolge der Schwäche der affektiv-motorischen Reaktionen ist der Parkinsonkranke ebensosehr motorisch gestört wie im Kern seiner Persönlichkeit verändert.

F. Stern (Göttingen).

Freund, C. S.: Zur Vererbung der Huntingtonschen Chorea. (Mit einem Bericht über eine Wilson-ähnliche Krankheit bei einem aus einer Huntington-Chorea-Familie stammenden Geschwisterpaar.) (*Claassensches Siechenh. d. Stadt Breslau.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 3/4, S. 333—375. 1925.

Erschöpfende Mitteilung einer ebenso interessanten wie wichtigen Familie mit Huntingtonscher Krankheit; die einschlägigen Fälle sind geradezu klassisch analysiert. Die Beobachtungen gehen über 5 Generationen. Sie umfassen einige Choreatiker in den ersten 4 Generationen und in einer Geschwisterschaft der fünften neben 2 lügnerischen und vagabundierenden psychopathischen Persönlichkeiten noch eine ähnliche Psychopathie mit linksseitiger Hypotonie, außerdem 2 Fälle, die ein Wilson-ähnliches Syndrom mit charakteristischen Symptomen zeigen. Man wird der Annahme des Verf. beizutreten haben, daß seine Beobachtungen hinsichtlich der Vererbung bei der Huntingtonschen Krankheit für das Vorhandensein einer Anlage sprechen, die an verschiedenen Stellen des striopallidären Systems angreifen kann. Die genealogische Bearbeitung von zwei in der Münchner Klinik beobachteten Schwestern (Wilsonsyndrome in einer Familie mit Huntingtonscher Krankheit), die Spielmeyer anatomisch untersucht hat, durch Entres hat zu demselben Ergebnis geführt.

Eugen Kahn (München).

Aphasie, Agraphie, Apraxie, Agnosie:

Noica, und C. Danulescu: Diagnose der motorischen Aphasie und der Dysarthrie. Spitalul Jg. 45, Nr. 12, S. 457—459. 1925. (Rumänisch.)

Nachdem die Verff. auf Grund der klinischen Beispiele zwischen der gebesserten motorischen Aphasie und der Dysarthrie oder zwischen der motorischen Aphasie und Anarthrie einen Unterschied machten, kommen sie zu dem Schluß, daß der Mechanismus der Anarthrie ein anderer ist als der der motorischen Aphasie. Wenn die Dysarthrie oder Anarthrie eine Folge der Parese oder der Paralyse der Phonationsorgane ist, so sind diese Organe bei der motorischen Aphasie intakt, aber der Kranke kann nicht sprechen, weil er sich nicht an die Wörter erinnert und weil er vergessen hat, die Sprachorgane zu benutzen.

Urechia (Klausenburg).

Foix, Ch.: Conception de l'aphasie temporo-pariétale dite aphasie de Wernicke. (Der Begriff der temporo-parietalen Aphasie, der sog. Wernickeschen Aphasie.) Presse méd. Jg. **33**, Nr. 88, S. 1457—1459. 1925.

Nach Foix besteht die temporo-parietale Aphasie aus 3 Elementen: einem amnestischen, einem agnostischen und einem dysphasischen. Die amnestische Komponente ist nach F. das wichtigste und konstanteste Symptom dieser Aphasieart. Es äußert sich nicht nur im Verlust des Wortschatzes, sondern die Amnesie ist viel allgemeiner, die Wortamnesie ist nur eine Teilerscheinung davon. So werden auch andere erlernte Handlungen, weiter komplizierte, schwierige, schließlich auch leichte zusammengesetzte Handlungen vergessen (ideatorische Apraxie). Das agnostische Element ist hauptsächlich die Worttaubheit. Doch wird auch dies von F. als Teilerscheinung einer allgemeineren agnostischen Störung aufgefaßt. Denn es besteht auch Amusie

Digitized by Google

und auch Geräusche werden nicht erkannt. Die Alexie ist mit Form- und Farbenagnosie verbunden. Das dysarthrische Element ist weniger konstant, es äußert sich in der Paraphasie, die nicht nur in der Spontansprache, sondern auch beim Nachsprechen auftritt. Besonders zeigt sich das dysphasische Element in der Schrift. Was die Kombination der Symptome betrifft, so ist nach F. das amnestische Element das zentrale Symptom, um das sich die anderen gruppieren. Je weiter sich die Läsion gegen den Hinterhauptspol verschiebt, um so mehr findet man alektische Störungen, je mehr die Läsion nach dem Schläfenpol geht, um so mehr tritt die Worttaubheit hervor. Reine Alexie wird nach F. durch Erkrankung im Gebiete der Arteria cerebri posterior erzeugt. Das Versorgungsgebiet dieser Arterie liegt auf der unteren Fläche des Gehirns. Erkrankung dieses Gefäßes führt zu Zerstörung des Cuneus, ist mit einer Läsion des Thalamus verbunden und meist mit einem kleinen Herd im Balken. Die Läsion an der basalen Fläche des Gehirns genüge nicht zur Entstehung der reinen Alexie, sondern es sei die Unterbrechung des Balkens dazu nötig. F. stellt einige typische Syndrome auf, deren Topographie mit der Gefäßversorgung zusammenhängt. Immer bestehen in diesen Fällen neben den corticalen ausgedehnte subcorticale Läsionen. 1. Hinteres temporales Syndrom. — Läsion von T_1, T_2, der tiefen Schläfenwindungen, vom Gyrus angularis bis zur mittleren Partie von T_1 und in die Tiefe bis ans Ependym reichend. — Wernickesche Aphasie (mit Überwiegen des amnestischen Elements), Hemianopsie, ideatorische Apraxie, wenn die Läsion sehr ausgesprochen ist. 2. Parietales Syndrom. — Läsion der Parietalwindungen, der Gyrus angularis gewöhnlich leicht betroffen. — Geringe Aphasie mit dysphasischen Elementen, bilaterale ideomotorische Apraxie, häufig Astereognose und Störungen der räumlichen Orientierung. — Ist der Gyrus angularis stark beteiligt: Hemianopsie, Betonung der Wernickeschen Aphasie. — Reicht die Läsion mehr nach vorn: Hemiparese, Hemianästhesie, Betonung des dysphasischen Elements. — Reicht die Läsion weiter in den Schläfenlappen: Betonung der Aphasie, zur ideomotorischen kommt ideatorische Apraxie hinzu. 3. Syndrom des Gyrus angularis. — Die Läsion greift immer mehr oder weniger auf den Schläfenlappen und auf die äußere Fläche des Hinterhauptslappens in seiner oberen Hälfte über: Mäßige Wernickesche Aphasie mit ausgesprochener Lesestörung, Hemianopsie. 4. Mittleres temporales Syndrom. — Selten. Die Läsion liegt etwas vor der des hinteren temporalen Syndroms: Wernickesche Aphasie mit überwiegendem amnestischen Element, Worttaubheit, keine Hemianopsie. 5. Sog. reine Aphasien. — Über die reine Alexie siehe das früher Gesagte. Diese Typen hängen von der Gefäßversorgung ab und es spielt auch im klinischen Bild eine Rolle, ob der betreffende Ast der Arteria fossae Silvii stark oder schwach entwickelt ist. *Sittig* (Prag).

Orton, Samuel T.: „Word-blindness" in school children. („Wortblindheit" bei Schulkindern.) (*Laborat., state psychopathic hosp., Iowa city.*) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **14**, Nr. 5, S. 581—615. 1925.

Es wurde eine größere Zahl von Schulkindern, die von den Lehrern als geistig defekt bezeichnet wurden, untersucht. Es fanden sich darunter einige, deren Defekt bloß in großen Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben bestand. Ein typischer Fall wird genau beschrieben und analysiert. In der Schrift solcher defekter Kinder kamen manchmal verstreut einzelne Buchstaben in Spiegelschrift vor; manchmal schrieben sie auch so, daß die Buchstaben auf dem Kopfe standen. Sehr häufig sind Fehler im Lesen und Schreiben im Sinne einer Umkehrung der Buchstabenreihenfolge des Wortes, z. B. statt „not" — „ton", statt „for" — „of". Verf. macht darauf aufmerksam, daß in alten lateinischen Inschriften die Stellung der Buchstaben wechselte, daß spiegelbildliche oder auf dem Kopf stehende Buchstaben ganz gleichwertig mit der gewöhnlichen Stellung genommen wurden. Weiters ging oft eine Zeile von links nach rechts, die nächste von rechts nach links — bustrophedon wurde diese Schreibweise genannt. Verf. nimmt 3 einander übergeordnete Zentren der optischen Wahrnehmung an, ein perzeptives, rekognitives und assoziatives. Die ersten beiden sind beider-

Digitized by Google

seitig, das dritte einseitig. Bei Zerstörung dieses letzteren Zentrums ist die symbolische Bedeutung der Buchstaben gestört. Was die Spiegelschrift anlangt, so meint Verf., daß in der untergeordneten Hemisphäre (rechten beim Rechtshänder) ein spiegelbildliches Erinnerungsbild vorhanden ist. Sehr interessant und wichtig ist die Tatsache, auf die Verf. aufmerksam macht, daß bei diesen defekten Kindern die Binetsche Intelligenzprüfung einen viel niedrigeren Grad der Intelligenz ergibt, als der Wirklichkeit entspricht. Die Binetsche Methode (und auch andere) muß hier versagen. Die Kinder reagieren in verschiedener Weise auf diesen Defekt, und man kann danach 4 verschiedene Typen unterscheiden. Die Kinder der 1. Gruppe sind zufrieden, apathisch, haben kein Interesse für ihren Mangel. Die 2. Gruppe reagiert paranoisch gegen ihre Lehrer, da sie fühlen, man verlange etwas Unmögliches von ihnen. In der 3. Gruppe reagieren die Individuen emotionell auf den Defekt, sie halten ihn aber nicht für einen Intelligenzdefekt. In der 4. Gruppe endlich sind die Kinder, auf welche ihr Mangel schockartig, hemmend wirkt; solche Kinder sagen manches spontan richtig, antworten aber gar nicht auf Fragen. Was die Behandlung dieses Defektes anbelangt, so lehnt Verf. jene Methode ab, die solchen Kindern die Worte als ein Ganzes beibringen will. Das Lesen ganzer Wörter als Einheit ist ein späterer Erwerb, meint Verf. Vielmehr empfiehlt er für solche Kinder besondere Einübung der Assoziation zwischen Buchstaben und Laut. Dabei spielt auch die verständnisvolle, individuelle Behandlung der Kinder durch den Lehrer eine große Rolle. *Sittig* (Prag).

Hirngeschwulst, Hirnabsceß:

Gucci, Giuseppe: Tumore angiomatoso della dura madre cerebrale a strana sintomatologia e di difficile interpretazione istologica. (Über eine angiomatöse Geschwulst der Dura mater cerebri von eigenartiger Symptomatologie und schwieriger histologischer Interpretation.) (*Osp. Alberti, S. Giovanni Valdarno.*) Policlinico. sez. chir. Jg. 32, H. 11, S. 544—556. 1925.

Ein 60jähriger, vorher gesunder Mann erkrankte zuerst, aus vollem Wohlbefinden heraus, an einem plötzlichen Anfall von Drehschwindel und muskulären Kontraktionen in der rechten Hals- und Gesichtshälfte, bei dem der Kopf extrem nach rechts gedreht wurde. Ähnliche Anfälle wiederholten sich noch 3 mal in größeren Intervallen (von 9, 4 und 7 Monaten), während deren Patient bemerkenswerterweise weder somatische noch psychische Störungen zeigte. Erst nach einem 5. Anfall (ca. 2 Jahre nach dem ersten) stellte sich eine Parese des rechten Armes ein, und es traten gehäufte, zuletzt fast ununterbrochen andauernde partielle Jacksonsche Anfälle auf mit konvulsiven Zuckungen zuerst in der rechten Kopf- und Halshälfte, dann auch im rechten Arm und rechten Bein und konjugierter Deviation beider Augen, aber ohne Bewußtseinsverlust, Urinabgang oder Zungenbiß. Keine Stauungspapille. Tod im Status epilepticus. Die Sektion zeigte eine scharf umschriebene, leicht ausschälbare, weiche und schwammige Geschwulst von ca. 4 cm Durchmesser im hinteren Teil der 1. Stirnwindung, die mikroskopische Untersuchung eine sehr gefäßreiche, angiomatöse Geschwulst mit besonderen (nicht näher geschilderten) Eigentümlichkeiten der Gefäßwand und myxomatöser Grundsubstanz, welche von der Dura ausgegangen sein soll.

Verf. knüpft an seinen Fall allgemeine Betrachtungen über die Bedeutung von Anfällen von partieller Jacksonscher Epilepsie und kommt zum Schluß, daß sie keineswegs für Affektionen der motorischen Region in engerem Sinne (d. h. der vorderen Zentralwindung) pathognomonisch sind, vielmehr auch durch andersartige, in geringerer oder größerer Entfernung davon lokalisierte Läsionen hervorgebracht werden können, wie z. B. solche des Stirnlappens (Fälle von Dieulafoy, Raymond, Mirallié, Spiller und Martin, Schupfer, vorliegender Fall u. a.), des Temporallappens (z. B. bei einem Absceß otitischen Ursprungs) und sogar der Basis (Aldrich, Lucas-Championnière, Marchand u. a.). Wenn also eine Trepanation in solchen Fällen vorgenommen wird, so soll die Schädelöffnung möglich breit angelegt werden. Was den Charakter solcher Läsionen betrifft, so kann es sich sowohl um echte Tumoren wie um Gummata, Tuberkel, traumatische Läsionen, aber auch um Fälle von Alkoholismus, Urämie und sogar Pleuritis (reflexepileptische Krisen pleuralen Ursprungs nach Roch) handeln. So können Jacksonsche Anfälle allgemein durch Prozesse (auch toxischer

Digitized by Google

Natur) bewirkt werden, welche Störungen der endocerebralen Zirkulation (wobei auch an die Liquorzirkulation zu denken ist. Ref.) und der physikalisch-chemischen Stoffwechselvorgänge im Protoplasma der Nervenzellen zur Folge haben (auch die Möglichkeit, daß reaktive Vorgänge an der Glia in der näheren oder weiteren Umgebung eines Tumors für die Entstehung von Jacksonschen Anfällen ebenfalls von Bedeutung sein können, muß in Erwägung gezogen werden. Ref.) *M. Minkowski* (Zürich).

Taft, A. E., and E. A. Strecker: Psychosis associated with trauma of the head. Report of a case of trauma sustained in infancy and determining a later developing dural tumor. (Eine Psychose im Gefolge von Kopftrauma. Bericht über einen Fall von Trauma in der Kindheit, das einen später sich entwickelnden Duratumor nach sich zog.) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **14**, Nr. 5, S. 658—665. 1925.

68jährige Frau, die in frühester Kindheit durch Unvorsichtigkeit der Amme auf den Schädel fiel. Danach Schielstellung der Augen, „Nervenfieber", linksseitige leichte Hemiplegie, die sich wenig zurückbildete. Bis zum 30. Jahre psychisch gesund, dann zunehmend verschlossen, mißtrauisch. Deshalb in eine Anstalt. Hier periodische Erregungszustände, keine Halluzinationen. Die Obduktion ergab ein Dura-Endotheliom, das den unteren Teil der rechten motorischen Region komprimierte und sekundär zu Atrophie der zugehörigen Py-Faserung führte. *Berthold Kihn* (Erlangen).

Wood, D. J.: The optic nerve aspect of the diagnosis of intracranial tumours. (Erscheinungen am Nervus opticus in der Diagnose der Hirngeschwülste.) South African med. record Bd. **23**, Nr. 21, S. 475—478. 1925.

Vortrag, in dem die Bedeutung der Sehnervaffektionen für die Diagnose der Tumoren gewürdigt wird. Ursachen der Stauungspapille, die von Neuritis zu trennen ist, noch nicht ganz sicher. Vorkommen der Stauungspapille selten bei Bleivergiftung, Nierenerkrankungen, sehr selten bei Anämie. Stauungspapille allein erlaubt keine Differentialdiagnose zwischen Tumor, Absceß und Meningitis, doch kommt bei Absceß keine sekundäre Atrophie vor. Verf. schließt sich der Ansicht Horsleys an, daß auf Tumorseite Stauungspapille oft stärker ist; neben der Stauung ist auch die Menge der Blutungen, Exsudate, Sehfähigkeit usw. zu berücksichtigen. Kurze Schilderung der Gesichtsfeldstörungen im Hinblick auf die Lokalisation der Geschwülste. Verf. glaubt, daß auch die Maculafasern eine Halbkreuzung erfahren, wenn auch die Hälften nicht ganz gleich zu sein brauchen. Auf die individuell sehr verschiedene Lage des Chiasmas zur Hypophyse wird hingewiesen, wodurch sich die verschiedenen Gesichtsfeldausfälle bei Hypophysenerkrankungen erklären. *F. Stern* (Göttingen).

Lillie, Walter I.: Ocular phenomena produced by temporal lobe tumors. (Augenphänomene bei Schläfenlappentumoren.) (*Sect. on ophth., Mayo clin., Rochester.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 19, S. 1465—1468. 1925.

Lillie, Walter I.: Ocular phenomena produced by temporal lobe tumors. (*Sect. on ophth., Mayo clin., Rochester.*) (*76. ann. sess., Atlantic city, 25.—29. V. 1925.*) Transact. of the sect. on ophth. of the Americ. med. assoc. S. 198—208. 1925.

Von 168 in 5 Jahren beobachteten Hirntumoren waren 60 im Schläfenlappen lokalisiert. Die Sehschärfe war in 19 Fällen herabgesetzt, von welchen 2 einen normalen Fundus, 12 Atrophie nach Stauungspapille zeigten. Bei 45 Patienten bestand doppelseitige Stauungspapille, wobei die Prominenz ebensooft auf der Seite des Tumors wie auf der entgegengesetzten größer war. Bei 13 Fällen war der Fundus normal. Das Gesichtsfeld war bei 18 Fällen normal, 10mal bestanden Quadrantendefekte für Farben, 15mal auch für weiß. Farbenhemianopsie lag bei 3, Hemianopsie auch für weiß bei 15 Patienten vor. Bei 6 Fällen bestand Abducensparese, bei 2 Fällen Ptosis, 3mal partielle innere und äußere Ophthalmologie, 3mal Konvergenzschwäche. Als typisches Syndrom bei Schläfenlappentumoren ergibt sich also: normale Sehschärfe doppelseitige Stauungspapille, homonyme Quadrantendefekte. — Die neurologischen Erscheinungen waren nach der Häufigkeit des Vorkommens geordnet: allgemeine Krämpfe, teilweise Hemiplegie, vorübergehendes Taubheitsgefühl im Arm oder Bein, Aphasie, Jacksonanfälle, einseitige Koordinationsstörungen, Geschmacks- und Geruchs-

Digitized by Google

halluzinationen. Keiner der Fälle hatte optische Halluzinationen. In der Diskussion betont Schweinitz, daß bei Temporallappentumoren im Gegensatz zu Hypophysentumoren zentrale und parazentrale Skotome sehr selten seien. *Hans Strauss* (Frankfurt a. M.).

Neiding, M.: Geschwulst des Mittelhirns. (*III. Sowjetspit., Odessa.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 88, H. 1/2, S. 75—82. 1925.

Der Kranke hatte vor $1^1/_2$ Jahren ein schweres Schädeltrauma erlitten. Später Kopfschmerz, der allmählich zunahm, Erbrechen, psychische Veränderungen, Neuritis optica, zuerst rechts, später beiderseitig, reflektorische Pupillenstarre; Hirnnervenlähmungen, rechts: partielle Oculomotoriuslähmung, Facialis, Trigeminus; links: Abducens, Hypoglossus. Der Acusticus beiderseits affiziert, aber nur im cochlearen Anteil. Im späteren Verlauf Ataxie besonders beim Gehen und Stehen, beiderseits Babinski, rechtsseitige Hemiparese, Parese der linken Hand, Schluckstörung. Der diagnostizierte Tumor der Vierhügel fand sich tatsächlich (Gliom), und zwar von sehr beträchtlicher Ausdehnung bis in den Hirnschenkelfuß und in die Uvula des Kleinhirns sich erstreckend, und starker Hydrocephalus intern. Ausgesprochene Veränderungen des Schädels, spez. Erweiterung des Meatus auditorius intern. *E. Redlich* (Wien).

Benvenuti, Ezio: Sui tumori del ponte di varolio. Contributo clinico ed anatomopatologico. (Über Tumoren der Brücke. Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag.) (*Osp. civ., Como.*) Clin. med. ital. Jg. 56, Nr. 2, S. 153—186. 1925.

Bei einem Kranken mit Lungentuberkulose entwickelt sich nach Beginn mit Kopfschmerzen und Erbrechen folgendes neurologisches Zustandsbild: Lähmung des l. Facialis in allen Ästen, linksseitige Abducenslähmung ohne Blicklähmung, Anästhesie der l. Cornea mit Keratitis neuroparalytica, Hypästhesie im Gebiet des l. Trigeminus, Druckempfindlichkeit an den Austrittspunkten seiner Äste, rechtsseitige Hemihypästhesie mit Aussparung des Trigeminusgebietes. Die Hypästhesie betrifft alle Qualitäten, besonders die Berührungsempfindung und die Lokalisation von Hautreizen. Gegen Ende der Beobachtung tritt noch eine linksseitige Hypacusis hinzu. Die Autopsie zeigt einen Solitärtuberkel der Brückenhaube links, der nach Untersuchung in Serienschnitten (Weigert-Pal) zerstört: den l. Facialiskern, die Wurzelfasern des l. Abducens bald nach ihrem Ursprung, den Lemniscus medialis, die absteigende Trigeminuswurzel und den vorderen Teil ihres Kerns, die Oliva superior, teilweise Corpus trapezoides und Formatio reticularis. Anschließend an die kasuistische Mitteilung außerordentlich ausführliche epikritische Besprechung ohne neue Ergebnisse. *Hans Strauss.*

Ardin-Delteil, M., et Levi-Valensi: Tubercule de la protubérance. Syndrome de Raymond et Cestan avec spasme facial, paralysie du trijumeau et troubles du goût. (Tuberkel der Brücke. Syndrome von Raymond und Cestan mit Facialiskrampf, Trigeminuslähmung und Geschmacksstörung.) Rev. neurol. Jg. 32, Bd. 2, Nr. 4, S. 464—473. 1925.

Im Juli Schmerzen und Parästhesien am linken Bein und später Arm, dann Parese. Im November Gefühllosigkeit der rechten Wange. Zuletzt Schwäche beim Kauen und Contractur des rechten Orbicularis oculi. Befund: Links spastische Hemiparese mit Anästhesie für Berührung, Hyperästhesie für Schmerz, Lagegefühlsstörung, unkoordinierte Bewegungen, keine Adiadoko, kein Zittern. Rechts im Gesicht Krampf des Facialis, Atrophie des Masseter. Schwere Störung der Berührungsempfindung der rechten Gesichtsseite, rechts Geschmacksstörung, Gehör intakt. Keine Stauungspapille. Sektionsbefund: Tuberkel der Brücke.

Auffällig ist an diesem Fall zunächst die Hemiplegie vom cerebralen Typus bei einem Herd in der Brücke, ferner das Fehlen von Gefühlsstörungen vom Typus der Syringomyelie, schließlich die gekreuzten cerebellaren Koordinationsstörungen, die auf eine Läsion des oberen Pedunculus, oberhalb der Wernekinkschen Commissur zu beziehen sind. Ferner wird das Fehlen der Stauungspapille betont. *Guttmann.*

Nylen, C. O.: Tumeur cérébrale s'accompagnant de nystagmus en rapport avec l'attitude de la tête et de déviation des yeux sous l'influence d'une excitation thermique. (Hirntumor mit einem von der Kopfhaltung abhängigen Nystagmus und Deviation der Augen auf thermische Reizung.) Acta oto-laryngol. Bd. 8, H. 1/2, S. 250—262. 1925.

In einem — anatomisch kontrollierten — Falle von Tumor pontis und einem Falle von Kleinhirnbrückenwinkeltumor wurde ein Nystagmus beobachtet, der von der Lage des Kopfes im Raume abhängig war. Im erstgenannten Falle, sowie in anderen Fällen von Ponstumor, zeigte sich auch konjugierte Deviation der Augen auf thermische Labyrinthreizung. Das erste Phänomen wird vermutungsweise in das Bereich der Vestibular- und Augenmuskelkerne im Hirnstamm lokalisiert. Auch die eigenartige thermische Reaktion muß nach Annahme des Verf. nicht auf supranucleäre Störung, sondern kann auch auf direkte Druckschädigung der Vestibularis- und Augenmuskelkerne und ihrer Verbindungen zurückgeführt werden.

Erwin Wexberg (Wien).

Digitized by Google

Rabinowitsch, A.: Ein Fall von Hirntumor unter dem Bilde einer epidemischen Encephalitis. (*Nervenklin., II. Staatsuniv. Moskau.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 88, H. 1/2, S. 67—74. 1925.

22jähriger Student erkrankte im Sommer 1922 mit starkem Kopfschmerz, Schlafsucht, so daß er während der Beschäftigung einschlief. Apathie, Schwanken beim Gehen, Erbrechen. Bei der Untersuchung Kopfschmerz links mit Perkussionsempfindlichkeit links, häufiges Gähnen, Salbengesicht. Schlechte Lichtreaktion der Pupillen, Fundus normal, Augenmuskelparesen, Cornealreflex herabgesetzt. Parese des linken Facialis, Gehör links herabgesetzt. Keine Paresen oder Sensibilitätsstörungen an den Extremitäten, leichte Ataxie, Babinski links +, rechts ?. Lumbalpunktion negativ. Die Diagnose lautete auf Encephalitis lethargica. Zustand während der folgenden 4 Monate im wesentlichen der gleiche, nur zunehmende Benommenheit, Steifigkeit der Extremitäten und im Nacken. Bei der Obduktion fand sich neben Hydrocephalus ein großer Tumor (Gliosarkom) im rechten Thalamus opticus, der das Septum pellucid. und den dritten Ventrikel fast ganz zerstört hatte, in der Gegend des Hirnschenkels auch in die linke Hemisphaere übergriff.

Der Fall zeigt, wie auch andere vom Autor aus den letzten Jahren zitierte, daß solche Fälle mit schwerer Schlafsucht, wie sie ja bei Tumoren seit langem bekannt sind, heute leicht fälschlicherweise als Encephalitis lethargica diagnostiziert werden.

E. Redlich (Wien).

Guarini, C.: La Röntgen-terapia dei tumori dell'encefalo. (Die Röntgenbehandlung der Hirntumoren.) (*Istit. foto-radio-terap., Napoli.*) Arch. di radiol. Bd. 1, H. 4, S. 593—609. 1925.

Mitteilung von 4 Fällen von Hypophysentumor, die erfolgreich mit Röntgenstrahlen behandelt wurden. Der Autor bediente sich der Technik von Beclère: Röntgentiefenbestrahlung von Stirn-, Schläfen- und Scheitelregion aus, wählte aber Felder von 36 cm Ausmaß, im ganzen 10—16. Der Schädelquadrant von Kriser wird beschrieben und zum Gebrauch empfohlen.

Erwin Wexberg (Wien).

Kleinhirn, Vestibularapparat, hereditäre familiäre Ataxien:

Waldorp, Carlos P.: Zum Studium der Tumoren des Kleinhirnwurms. Rev. de la asoc. méd. argentina Bd. 37, Nr. 231, S. 26—45. 1925. (Spanisch.)

Beginn der Erkrankung bei der 28 Jahre alten Frau vor einem Jahr mit heftigen Hinterkopfschmerzen, Schwindel, Gangstörungen, Abnahme der Sehkraft, Polyphagie während der Kopfschmerzanfälle, Polydipsie, Unmöglichkeit des Schluckens von Flüssigkeit und zuletzt auch von festen Speisen, Druckschmerz der Nackengegend, Spasmen der Nacken- und Zungenteinmuskeln, Bradylalie, Selbstverletzung beim Kauen (biß sich in die Wangen). Klinische Untersuchung: Die Kranke lag mit Vorliebe auf dem Bauche mit gestreckten Beinen, da dadurch die Kopfschmerzen geringer wurden. Nystagmus horizontalis, Spasmen des rechten Facialis. Beim Stehen hintenüberfallen, ebenso beim Sitzen. Momentanes Aufhören der Atmung am Ende einer Inspiration. Bewegungen der Glieder langsam, manchmal über das Ziel hinausschießend, kein Zittern, Hypotonie der Muskeln. Conjunctival-, Corneal-, Gaumen- und Rachenreflex aufgehoben. Berührungsempfindung des rechten Beines erhöht, desgleichen die Schmerzempfindung. Schmerzempfindlichkeit beider Tibien. Ödem der Papillen. Liquorreaktionen negativ. Diagnose: Gliom des Wurmes, Kompression des Bulbus und der Protuberantia, Eindringen in die Kleinhirnhemisphären. Bei der Operation fand sich das diagnostizierte Gliom, dessen Inneres ein großer Bluterguß einnahm. Tod noch während der Operation. Bei der klinischen Diagnose wurde vor allem Wert gelegt auf die Doppelseitigkeit der Nervensymptome, auf das Alternieren gewisser Kleinhirnsymptome, auf die Bulbussymptome, auf die Bauchlage der Kranken.

Ganter (Wormditt).

Tyczka, W.: Myoklonische Asynergie der Augen (Opsoklonie). Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 46, S. 967—970. 1925. (Polnisch.)

Die 26jährige Frau bekommt nach einer eintägigen Hitzekrankheit Schwindel, Nebelsehen, Umstürzen, Kopfzittern, Gang der Betrunkenen, linksseitige Kleinhirnsymptome an den Extremitäten. Objektiv fiel auf: Unruhe der Augäpfel, beruhend auf gewaltsamen, arythmischen assoziierten Bewegungen von ziemlich breiter Amplitude. Dieser Bulbushippus zeigte sich speziell bei zielbewußter Willkür und bei plötzlichen reflektorischen Augenbewegungen im Anschluß an unerwartete optische oder akustische Reize. Bei geschlossenen Augen Steigerung der Unruhe. Kalorische Probe negativ. Nach 3 Monaten deutliche Besserung.

Verf. faßt die Unruhe der Bulbi bei Perturbation ihres statischen Gleichgewichtes als Kleinhirnsymptom auf nach durchgemachter Encephalitis cerebelli non purulenta, zumal in seinem wie in analogen Fällen aus der Literatur (Orzechowski, Mikulowski,

Digitized by Google

Gozdziecki) cerebellare Symptome im Krankheitsbilde vorherrschten. Tyczka akzeptiert für die leichteren Fälle die Bezeichnung Opsoklonie, für die schwereren, dissoziierten, an Furor bulborum erinnernden Fälle die der Opsochlorie. Die Opsoklonie ist somit ein Beispiel der ataktischen Myoklonie cerebellarer Herkunft, wie sie vor einigen Jahren Ramsay-Hunt als „myoklonisch-cerebellare Dyssynergie" bezeichnet hat. *Higier* (Warschau).

Mikułowski, W.: Ein seltener opsomyoklonischer Symptomenkomplex bei einem Kinde im Verlaufe einer Gehirnentzündung. Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 46, S. 972—974. 1925. (Polnisch.)

Pendelnystagmus (Uthoff), der sich deutlich von Ruck- oder vestibularem zweiphasigem Nystagmus unterscheidet, stellte sich nach einer günstig abgelaufenen Encephalitis non purulenta bei einem jungen Kinde ein. Bekanntlich kann Nystagmus auf jeder Bulbusbewegungsstation entstehen: vom Kleinhirn und vestibulären Apparat bis zu den Kernen von Deiters und Bechterew und dem hinteren Längsbündel. Der beschriebene Nystagmus erinnerte wegen der unwillkürlichen, durch Affekt hervorrufbaren Bulbusbewegungen an die Opsoklonie (Orzechowski). Die Unsicherheit des Kranken bei Änderung der Position und Bewegung der Beine, die Herabsetzung der Kniereflexe machen cerebellaren Ursprung wahrscheinlich. Diese myoklonoiden Bewegungen an den Extremitäten fielen dem Verf. zur selben Zeit auch bei mehreren anderen Kindern mit benign verlaufener Hirnentzündung auf. *Higier.*

Dohlman, Gösta: Physikalische und physiologische Studien zur Theorie des kalorischen Nystagmus. (*Univ.-Ohrenklin., Upsala.*) Acta otolaryngol. suppl. 5, S. 1—196. 1925.

Über die Entstehungsweise des kalorischen Nystagmus herrscht keine Klarheit. Die Arbeit versucht auf Grund ausgedehnter, experimentell-physiologischer Untersuchungen, die im einzelnen ebensowenig wie die angewandten Untersuchungsmethoden hier referiert werden können, die physikalische Theorie Báránys zu stützen, wonach bekanntlich die bei der Spülung des Ohres auftretenden und sich bis in die Bogengänge fortpflanzenden Temperaturveränderungen Endolymphströmungen verursachen. *Riese* (Frankfurt a. M.).

Meurman, Y.: Experimental investigations on conduction of warmth to the labyrinth of the ear and on the caloric nystagmus. (Einfluß der Wärme auf den kalorischen Nystagmus.) (*4. northern oto-laryngol. congr., Helsingfors, 27.—28. VII. 1923.*) Acta otolaryngol. Bd. 6, H. 3/4, S. 555—567 u. 659. 1924.

Sehr sorgfältige experimentelle Untersuchungen, deren Einzelheiten im Original eingesehen werden müssen. Die Resultate sind folgende: 1. Auch mit der Kobrakschen Methode der minimalen Reize mit Wasser von 9—14° unter Körpertemperatur kann eine meßbare Erniedrigung der Temperatur im Labyrinth erzielt werden. Diese Erniedrigung beträgt wahrscheinlich nicht mehr als $^1/_{10}$°, die Dauer der Reaktion übersteigt kaum 2—3 Min. 2. Folgt auf den kalorischen Reiz unmittelbar ein Drehreiz, so wird die Latenzzeit des kalorischen Nystagmus verlängert, und die Wirkung des Drehreizes auf den kalorischen Nystagmus ist offenbar um so stärker, je mehr die Richtung des hierdurch verursachten Endolymphstromes der durch den kalorischen Reiz bewirkten entgegengesetzt ist. 3. Bei Anwendung dieser kombinierten Reizung mit den üblichen 10 Umdrehungen konnte das Auftreten des kalorischen Nystagmus nicht verhindert werden. 4. Eine derartige Reizung hat keinen Einfluß auf die Dauer der kalorischen Reizung. 5. Diese Resultate entsprechen den Resultaten der Baranyschen Theorie des kalorischen Nystagmus. 6. Die Experimente zeigen, daß die kalorische Reizung, auch wenn sie momentan nicht so intensiv ist wie die gewöhnlich angewendete Drehreaktion, doch von längerer Dauer ist als diese. 7. Die Resultate der Versuche an menschlichen Köpfen stimmen mit den klinischen Erfahrungen bezüglich der Latenzzeit des kalorischen Nystagmus und der Nystagmusdauer überein und weisen infolgedessen daraufhin, daß die einfachen physikalischen Verhältnisse hierbei eine wichtige, vielleicht die entscheidende Rolle spielen. *Seng* (Königsfeld, Baden).

Mackenzie, George W.: Spontaneous nystagmus, vestibular and functional hearing test findings as aids in the differential diagnosis of inner ear and eighth nerve affections. (Spontannystagmus, Vestibular- und Gehörsprüfung als Hilfsmittel bei der Differential-

Digitized by Google

diagnose von Erkrankungen des inneren Ohres und des achten Hirnnerven.) Laryngoscope Bd. 35, Nr. 8, S. 611—622. 1925.

Zur Erleichterung der Übersicht über die Symptome einer Labyrintherkrankung bringt der Vortr. zunächst die Labyrinthaffektionen in ein einfaches Schema. Er unterscheidet: A. umschriebene, B. diffuse Labyrinthitiden. Beide Arten sind je nach der Stärke der Entzündung wieder zu unterteilen in: 1. Affektionen mit Reizerscheinungen, 2. solche mit Ausfallserscheinungen. — Zunächst werden die im Anschluß an Mittelohreiterungen auftretenden Labyrinthitiden besprochen. Umschriebene Affektionen des Labyrinthes betreffen hier meist den äußeren Bogengang. Daher pflegen für A. 1. folgende Symptome zu gelten: Schwindel mit der subjektiven Empfindung einer Drehung nach der erkrankten Seite hin und dementsprechende Gleichgewichtsstörung, horizontaler Spontannystagmus, der nach der erkrankten Seite gerichtet ist, Nachnystagmus verstärkt, kalorische und galvanische Labyrintherregbarkeit erhalten, Fistelprobe positiv, falls eine Fistel besteht. Die Hörprüfung ergibt nur die Erscheinungen einer durch die Mittelohrerkrankung bedingten Obstruktionstaubheit. Für A. 2. finden sich folgende Erscheinungen: Schwindel bei frischen Fällen stets vorhanden, bei älteren meist nur leicht, Empfindung einer Drehung nach der nicht erkrankten Seite mit entsprechender Gleichgewichtsstörung, horizontaler Spontannystagmus, der nach der nicht erkrankten Seite gerichtet ist, Nachnystagmus abgeschwächt, kalorische Erregbarkeit für die beiden vertikalen Bogengänge erhalten, fehlt dagegen für den horizontalen Bogengang, galvanische Erregbarkeit erhalten wie für alle Labyrinthaffektionen mit intaktem Nervus octavus, Fistelprobe negativ, akustische Labyrinthfunktion unverändert, d. h. es besteht reine Mittelohrtaubheit. — B. 1., diffuse Labyrinthreizung infolge Mittelohreiterung, ist sehr selten, da die Toxine meist nur an einer Stelle (Canal. semicirc. ext., ovales oder rundes Fenster, Promontorium) eindringen. Dagegen kommt B. 2., diffuse Labyrinthzerstörung im Anschluß an Mittelohreiterung, verhältnismäßig häufig vor. Für beide Fälle werden in gleicher Weise wie für die unter A. zusammengefaßten Fälle die Symptome zusammengestellt, wobei des Verf. Ansicht bemerkenswert erscheint, daß auch bei völliger Labyrinthzerstörung der galvanische Schwindel auslösbar sei, da er auf einer direkten Wirkung des galvanischen Stromes auf den Stamm des Nervus octavus beruhe. — Weiterhin werden kurz besprochen die diffuse seröse Labyrintlitis, die sehr schwer zu diagnostizieren sei und, falls sie überhaupt vorkomme, jedenfalls sehr selten sein müsse, ferner die „Perilabyrinthitis" (Infektion der das Labyrinth umgebenden pneumatischen Hohlräume), die im Anschluß an Mittelohrentzündung oder auf hereditär-luetischer Basis entstandene chronische Labyrinthitis, sowie die traumatische Labyrinthitis infolge von Basisfraktur, endlich als Beispiel für Neuritis des Nervus octavus die Neurolabyrinthitis syphilitica. — Für alle diese Fälle werden die Symptome in der gleichen übersichtlichen Weise zusammengestellt. *Sulze* (Leipzig). °°

Kompanejetz, S.: On compensatory eye movements in deaf-mutes. (Kompensatorische Augenbewegung bei Taubstummen.) (*Ootorhinolaryngol. clin., univ., Jekaterinoslav.*) Acta oto-laryngol. Bd. 7, H. 3, S. 323—334. 1925.

Untersuchungen der kompensatorischen Raddrehungen bei Taubstummen mit einem vom Verf. konstruierten Apparat. Die Raddrehungen werden bestimmt bei einer Neigung des Kopfes von 30° gegen die rechte und linke Schulter. 17 Taubstumme zeigten normale labyrinthäre Reaktionen (calorischen Nystagmus, Nystagmus nach Rotationen, galvanischen Nystagmus usw.), die kompensatorischen Raddrehungen waren aber in 2 Fällen ganz abwesend und in vielen Fällen nicht gleich stark an beiden Augen. Aus dieser Untersuchung zieht Verf. die folgenden Schlüsse: 1. Die kompensatorischen Raddrehungen werden an einer separaten Stelle des Labyrinthes ausgelöst. 2. Tonische Halsreflexe auf die Augen spielen beim Menschen wahrscheinlich keine Rolle. 3. Auch die früher vom Verf. beschriebenen mechanischen Faktoren bei Neigung des Kopfes treten nicht in allen Fällen auf. (Verf. hat nämlich früher gefunden,

Digitized by Google

daß auch Patienten mit totaler Ophthalmoplegie noch Raddrehungen zeigen können bei Neigung des Kopfes, was er mechanisch erklärte.) 4. Wenn nur einer der beiden Otolithenapparate erkrankt ist, so kann dieses sich manifestieren in verschiedener Größe der kompensatorischen Raddrehungen beider Augen. 15 Taubstumme hatten unerregbare Labyrinthe (kalorisch, rotatorisch usw.), zeigten jedoch wohl kompensatorische Raddrehungen. Aus dieser Versuchsreihe schließt der Verf. ebenfalls, daß die kompensatorischen Raddrehungen in einer separaten Stelle des Labyrinthes ausgelöst werden und unabhängig von den Bogengangsreflexen auftreten können. Auch bei diesen Patienten konnten bei Kopfneigung keine tonischen Halsreflexe auf die Augen oder mechanische Faktoren beim Auftreten der kompensatorischen Raddrehungen nachgewiesen werden. Zum Schlusse wird eine Reihe von Fällen angeführt mit partieller Läsion der Labyrinthe. Auch diese führen bei der Analyse zu denselben obengenannten Schlußfolgerungen. *A. de Kleyn* (Utrecht).

Popow, N. A.: Beiträge zur Symptomatologie der Kleinhirn- und Labyrintherkrankungen. (*Nervenklin. u. Ohrenklin., Staatsinst. f. med. Wiss., Leningrad.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 87, H. 4/6, S. 223—244. 1925.

Popow bespricht im Anschluß an die Mitteilung von 3 Fällen die Differentialdiagnose zwischen Kleinhirn und Labyrintherkrankungen. Er erwähnt ein neues Symptom zur Feststellung der einseitigen Hypotonie, das darin besteht, daß Kranke bei der Aufforderung, mit dem Zeigefinger der einen Hand den entsprechenden Finger der anderen vor sich zu treffen, das nicht wie der Gesunde in der Mittellinie ausführen, sondern außerhalb der Mittellinie auf der Seite der Hypotonie. *Kurt Goldstein.*

Wodak, E.: Abkühlungsversuche bei einer Affektion des Scheitellappens. (*Psychiatr. Klin., dtsch. Univ. Prag.*) Med. Klinik Jg. 21, Nr. 45, S. 1688—1689. 1925.

Bei einem Patienten mit operierter Verletzung des linken Gyrus supramarginalis, der noch geringe aphasische Erscheinungen bietet, besteht spontane Abweichreaktion in beiden Armen nach links. Durch Abkühlen der verletzten Stelle läßt sich die nach links gerichtete AbR. in eine nach rechts gerichtete umwandeln, während Diathermieren der Stelle den entgegengesetzten Effekt verursacht. Bei Kaltspülung des linken Ohres kommt es zu einer algebraischen Summierung der spontanen und experimentell erzeugten AbR.

Es wird vermutet, daß im Schläfenlappen und im Stirnhirn Stellen vorhanden sind, von welchen aus normalerweise eine Hemmung auf das Abweichen zur Gegenseite ausgeübt wird. Die AbR. bei Affektion dieser Stellen ist dann Folge eines dort vorliegenden Reiz- oder Lähmungszustandes. Die tonischen Reaktionen bei Abkühlung der Kleinhirnrinde hält Verf. nicht für prinzipiell verschieden von den von anderen Hirnstellen ausgelösten. Im Gegensatz zu Bárány betont Verf., daß man höchstens die Berechtigung habe zu sagen, daß die Verknüpfung der Kleinhirnrinde mit den tonischen Muskelreflexen vielleicht eine innigere zu sein scheint als die anderer Hirnpartien. *Hans Strauss* (Frankfurt a. M.).

Beeger, Hans: Akute Neuritis acustica nach Scopolamin-Novocain-Intoxikation. (*Stadtkrankenh., Dresden-Friedrichstadt.*) Beitr. z. Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie d. Ohres, d. Nase u. d. Halses Bd. 22, H. 5/6, S. 280—286. 1925.

Mitteilung eines Falles. Operation wegen Portiocarcinoms. Pat. — früher nie ohrenkrank — erhielt Mo + Scopolamin vor der Operation. $2^1/_2$ Stunden später Sakralanästhesie mit 0,75 Novokain. 2 Minuten später Atemstillstand, maximal erweiterte, reaktionslose Pupillen, tiefes Coma. Künstliche Atmung. Am folgenden Tage Bewußtsein zurückgekehrt, doch Sehvermögen stark herabgesetzt und beiderseits völlige Taubheit. Also: Toxische Neuritis acustica acuta. Vestibularis nicht miterkrankt. *Kurt Mendel.*

Rückenmark und Wirbelsäule:

Myelitis, Poliomyelitis, amyotrophische Lateralsklerose, spin. Muskelatrophie, spastische Spinalparalyse:

Molin de Teyssieu et Rubenthaler: Méningo-myélite lombaire aiguë. (Akute Meningomyelitis des Lendenmarks.) Rev. neurol. Jg. 32, Bd. 2, Nr. 3, S. 382—385. 1925.

Kurze Mitteilung eines Falles von akut verlaufender Meningomyelitis, deren tuberkulöse Natur erst durch die Autopsie aufgedeckt werden konnte. Im Liquor waren Tuberkelbacillen

Digitized by Google

nicht nachweisbar gewesen. Neben weniger charakteristischen Veränderungen in der Substanz des Lendenmarkes fanden sich an den Wurzeln der distalen Rückenmarksabschnitte Infiltrate mit typischen Riesenzellen. Die Infektion des Zentralorgans und seiner Häute scheint im vorliegenden Falle eine primäre gewesen zu sein. *Max Bielschowsky* (Berlin).

Wilson, George, and J. P. Maus: Priapism: The report of a case of forty-five days duration, due to a lesion of the conus. (Priapismus; Fall von 45tägiger Dauer bei einer Läsion des Conus.) (*Dep. of neurol., school of med., univ. of Pennsylvania, Philadelphia.*) Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 5, S. 251—252. 1925.

Neben der ohne besondere Ursache aufgetretenen beständigen Erektion fand sich der r. Patellar- und Achillesreflex nicht so lebhaft wie der linke, sonst kein pathologischer Befund. Die Erektion blieb durch lumbale Anästhesie, auch in Äthernarkose, unbeeinflußt. Sie schwand allmählich, nachdem mit mehreren Tagen Zwischenraum erst das eine, dann das andere Corpus cavernosum durchschnitten worden war. Dabei entleerten sich beträchtliche Mengen dunklen Blutes. Verff. glauben, daß im beschriebenen Fall eine nervöse Ursache (Meningomyelitis luetica?) den Priapismus herbeigeführt hat, daß dann aber durch mechanische Ursachen die Erektion beibehalten wurde und entsprechend auf mechanischem Wege beseitigt werden konnte. *Erna Ball* (Berlin).

Nyssen: Un cas de poliomyélite ascendant subaiguë antérieure probable. (Ein Fall von subakuter aufsteigender Poliomyelitis anterior.) Journ. de neurol. et de psychiatrie Jg. **25**, Nr. 3, S. 192—195. 1925.

22jähriger Mann mit allgemeiner Muskelatrophie, besonders an den oberen Extremitäten und den distalen Gliedabschnitten sowie an der linken Gesichtsseite, Bulbärsymptomen, lebhaften Reflexen ohne Pyramidensymptome. Plötzliches Auftreten der Erscheinungen, dann Stillstand und leichte Remission, Fehlen von deutlichen Pyramidenzeichen, Mitergriffensein des oberen Facialis sprechen gegen amyotrophische Lateralsklerose. Diagnose: subakute aufsteigende Poliomyelitis anterior. Auffällig ist die Lebhaftigkeit der Reflexe; doch bei der Heine-Medinschen Krankheit kann die Infektion über die motorischen Kerne hinausgehen und spastische Erscheinungen, sogar sensible Störungen hervorrufen (Fußklonus im Beginn des Leidens!). Der subakute Landry verträgt sich mit einem mehr oder weniger langen Lebenbleiben, immerhin sind die durch Bulbärparalyse komplizierten Fälle, welche leben bleiben, sehr selten. *Kurt Mendel.*

Montgomery, J. C., and W. C. C. Cole: Spinal drainage. Value in the treatment of early poliomyelitis. (Über den Wert der Liquordrainage im Frühstadium der Poliomyelitis.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 12, S. 890—894. 1925.

Aus einer Beobachtungsreihe von 26 Fällen von Poliomyelitis bei Kindern im Durchschnittsalter von 5 Jahren ergab sich der günstige Einfluß bis zum Absinken des erhöhten Liquordruckes wiederholter Lumbalpunktionen — was meist mit 4 Punktionen zu erreichen war —, falls nur frühzeitig genug mit der Behandlung begonnen werden konnte. Außer einem blieben alle in den 3 ersten Krankheitstagen punktierten Fälle (16) von Lähmungen verschont, während die später punktierten Kranken fast alle Paresen davontrugen. Die Stärke der Lymphocytose des Liquors ist von keiner prognostischen Bedeutung, auf den möglichst frühen Beginn der Spinaldrainage kommt alles an. *Geelvink* (Frankfurt a. M.).

Begaert, Ludo van: Les lésions cérébrales dans la sclérose latérale amyotrophique. (Die Hirnveränderungen bei der amyotrophischen Lateralsklerose.) Arch. internat. de méd. exp. Bd. **1**, H. 3, S. 677—733 u. H. 4, S. 735—818. 1925.

In einer umfangreichen Arbeit hat Verf. an Hand von 10 Fällen die Frage nach Existenz, Umfang und Art der Hirnveränderungen bei A.L.S. und ihrem Zusammenhang mit dem spinalen Prozeß zu klären versucht. In dem ersten Kapitel, das den architektonischen Störungen gewidmet ist, kommt er zu dem Ergebnis, daß in allen untersuchten Fällen diffuse Veränderungen nachweisbar sind. In über der Hälfte der Fälle überwiegen sie in der frontalen und präzentralen Region, in einem Falle waren sie auf die hintere Hirnhälfte beschränkt, während der Rest eine mehr oder weniger starke Schädigung des gesamten Cortex zeigte. Im allgemeinen war die linke Hirnhälfte stärker befallen als die rechte. Bogaert glaubt, daß sich bezüglich der Schichten eine gewisse „individuelle" Pathoklise im Sinne Vogts feststellen lasse. Ganz allgemein sei die III. Schicht die empfindlichste, danach die V. Im einzelnen fand er

Digitized by Google

architektonische Störungen in der Regio frontalis und praecentralis agranularis in 7 (von 9) Fällen. Davon war 3 mal allein die III. Schicht, 1 mal die II.—III. und 3 mal die III.—V. Schicht betroffen. Die Regio giganto-pyramidalis war im ganzen 8 mal betroffen (1 mal III., 4 mal III.—V. und 3 mal II.—III.—V.—VI. Schicht). Die Regio postcentralis zeigte 5 mal Veränderungen (2 mal allein in der III., 1 mal in der II.—III. und 3 mal in der III.—V. Schicht). Regio parietalis: 1 mal nur in Schicht III, 2 mal in der II.—III., 1 mal in der III.—V. Schicht geschädigt, in den übrigen Fällen frei. Regio temporalis: 3 mal intakt, 3 mal in III.; 2 mal in II.—III., und 1 mal in II.—III. und V. Schicht verändert. Regio occipitalis: Feld 17 (Brodmann) fand sich 3 mal verändert, je 1 mal in III.—IV., III.—V. und III.—VI. Schicht. Die Regio-hyppocampi wies sehr unregelmäßige Störungen auf. Trotz der Bevorzugung einzelner Schichten lehnt Verf. die Annahme einer Systemerkrankung bezüglich des Gehirns ab, da die Veränderungen hierfür zu diffus und variabel sind. Der zweite Teil der Arbeit beschäftigt sich vor allem mit der Myeloarchitektonie. Ebenso wie bei dem Studium der Cytoarchitektonik hat Verf. auch hier die Schädigungen nach den Brockmann-Vogtschen Rindenfeldern zu lokalisieren versucht. Der vordere Hirnabschnitt bis zum Sulcus Rolandi ist in dieser Beziehung ganz überwiegend geschädigt; nur 2 mal konnten auch im Temporale und rückwärts des Sulc. centralis, wenn auch sehr ungleichmäßige Veränderungen festgestellt werden. Eine Pathoklise bestimmter Systeme war nicht deutlich, nur ließ sich erkennen, daß die Radiär- gegenüber der Tangentialfaserung widerstandsfähiger ist. Die frischen Degenerationen der subcorticalen Fasern (mit Marchi und Sudan III. untersucht) waren sehr variabel und selbst in der motorischen Region nicht konstant. Von der tiefen Faserung wurde in der Hälfte der Fälle der Balken betroffen gefunden. Die innere Kapsel zeigte ganz vorwiegend im hinteren Schenkel Ausfälle, während der vordere fast stets intakt war. Oberhalb der Kapsel war die Degeneration im Bereich der Pyramidenbahn und der Balken am deutlichsten, aber auch sie nicht absolut regelmäßig vorhanden und deshalb nicht spezifisch. Gefäßveränderungen wurden im Bereich der Hirnschädigungen häufig gefunden. Doch legt ihnen Verf. durchaus nur sekundäre Bedeutung bei. Da das motorische System zwischen innerer Kapsel und Centralis anterior nicht regelmäßig verändert gefunden wurde, kann an dieser Stelle auch nicht der Ausgangspunkt der amyotrophischen Lateralsklerose gelegen und die Degeneration der Pyramidenstränge in der Medulla spinalis und oblongata oberhalb auch keine absteigende (sekundäre) sein. Auf viele Einzelheiten der Arbeit, besonders histo-pathologischer Natur, z. B. Beteiligung der Glia und ihr Verhältnis zu den Nerven-, Zell- und Faserveränderungen kann hier nicht eingegangen werden. Bemerkt sei noch, daß der Arbeit 2 Tafeln und eine Reihe Textfiguren beigegeben sind. Letztere sind leider zum Teil recht schematisch, so daß sich nicht sehr viel damit anfangen läßt. Eine weitere Arbeit über die Pathohistologie der Oblongata und Medulla spinalis wird in Aussicht gestellt.

Walter (Rostock-Gehlsheim).

Specht, Richard: Ein Beitrag zur Lehre von der hereditären spastischen Spinalparalyse. (*Med. Univ.-Poliklin., Würzburg.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 1/2, S. 32—42. 1925.

In 3 Generationen einer Familie trat bei 11 Personen ein Krankheitsbild auf, das vollkommen dem Symptomenbild der Strümpellschen hereditären spastischen Spinalparalyse entsprach. Die 5 vom Verf. untersuchten Geschwister erkrankten in einem Alter von 30 bis 52 Jahren. Sie zeigten die typische spastische Gehstörung mit allen Symptomen der geschädigten Pyramidenbahnen in außerordentlich hohem Grade; zwei der am schwersten betroffenen Kranken litten in den letzten Jahren an minimaler Blasenschwäche. Auffallend war bei 4 Fällen, ferner bei einigen der nicht von der Krankheit befallenen Geschwister eine Bewegungsbehinderung der Zunge, die Verf. als spastisches Symptom deuten möchte. Eine Kranke zeigte außerdem geringe spastische Erscheinungen im Bereich des motorischen Trigeminus. Die Erbfolge war eine dominante. Die Beobachtungen Bremers, daß es sich bei dominanter Vererbung des spastischen Syndroms um reine oder annähernd reine Fälle handle, die eine relative Gutartigkeit zeigen, fand sich bei der geschilderten Familie bestätigt. Die Geschlechter waren annähernd im gleichen Verhältnis befallen. Eine Geschlechtsbegrenzung, wie sie andere

Digitized by Google

Autoren besonders bei Auftreten der Erkrankung in höherem Alter feststellten, hat Verf. nicht beobachten können. Ein therapeutischer Versuch mit Scopolamin brachte zeitweise Erleichterung. *Kurt Mendel.*

Multiple Sklerose, Syringomyelie, Haematomyelie:

Böhmig, Wolfgang: Statistische Bemerkungen zur Klinik der multiplen Sklerose. (*Städt. Nervenheilanst., Chemnitz-Hilbersdorf u. Univ.-Nervenklin., Halle a. S.*) Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 58, H. 5, S. S. 277—288. 1925.

Verf. gibt tabellarische, in besonderen Kapiteln erläuterte Übersichten über die Verteilung der multiplen Sklerose auf die Geschlechter, die Berufsarten, über den Krankheitsbeginn in den einzelnen Altersstufen und seine Initialsymptome, die Bedeutung von Blasen- und Mastdarmstörungen, die Krankheitssymptome z. Z. der Diagnosenstellung. Die zahlenmäßigen Angaben sind zu einem kurzen Referate nicht geeignet und müssen im Original nachgesehen werden. An der Hand von Literaturangaben und eigener Beobachtungen weist Verf. daraufhin, daß Polysklerotiker Lumbalpunktionen häufig schlecht vertragen; solche seien daher nur auf die diagnostisch unklaren Fälle zu beschränken. *Jahnel* (München).

Wilson, S. A. Kinnier, and Henry J. Macbride: Epilepsy as a symptom of disseminated sclerosis. (Epilepsie als Symptom der multiplen Sklerose.) Journ. of neurol. a. psycho-pathol. Bd. 6, Nr. 22, S. 91—103. 1925.

Allgemein epileptische Anfälle sind bei der multiplen Sklerose selten. Die Verff. haben 8 Fälle aus der Literatur und 7 eigene aus einem sehr großen Material gesammelt. Darunter sind besonders einige bemerkenswert, bei welchen die Epilepsie viele Jahre lang die ersten Symptome des organischen Grundleidens bildeten. Sie halten Rindenherde für die Ursache der Anfälle, können aber autoptisch klargestellte Fälle weder aus ihrem Material noch aus der Literatur beibringen. *Hallervorden* (Landsberg-Warthe).

Bolten, G. C.: Einige atypische Fälle von multipler Sklerose. Geneesk. gids Jg. 3, H. 48, S. 1129—1136. 1925. (Holländisch.)

Ein Fall mit sehr abwechslungsreichem Verlauf, peripheren Neuritiden, rezidivierender Facialisparesen und Abducenslähmungen, später das völlige Bild einer multiplen Sklerose. Zweiter Fall: deutliche multiple Sklerose, wonach bedeutende bleibende Besserung, welche 10 Jahre dauert. In 2 Fällen apoplektiformes Auftreten mit hemiplegischem Charakter, wobei in einem Fall auch eine bedeutende Besserung eintrat. *S. T. Heidema* (Amsterdam).

Spielmeyer, W.: Die Bedeutung des lokalen Faktors für die Beschaffenheit der Entmarkungsherde bei multipler Sklerose und Paralyse. (*Dtsch. Forschungsanst. f. Psychiatr., München.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 74, H. 2/4, S. 359 bis 369. 1925.

Verf. geht von der Beobachtung aus, daß bei der multiplen Sklerose und — wie er als erster gezeigt hat — bei der progressiven Paralyse in Mark-Rinden-Herden die Gliafaserwucherung auf den Markanteil des Herdes beschränkt zu sein pflegt, während der Rindenanteil, ob er nun markfaserreich war oder nicht, keine Gliafaserwucherung zeigt. Dieser Befund ist gleichermaßen überall dort zu erheben, wo faserglia-arme Gebiete in die Herde einbezogen werden, z. B. im Putamen, in der Substantia gelatinosa Rolandi des Rückenmarks u. a. m. Den Grund für dieses verschiedene Verhalten von grauer und weißer Substanz sucht und findet Spielmeyer in der „Verschiedenartigkeit der Anlage der Gliafaserung". Er weist auf die Bedeutung dieses „lokalen Faktors der Gliaanlage" hin und teilt ihm die ausschlaggebende Rolle für die Gestaltung des Herdes zu. Auf den Einwand, daß der Markfasergehalt das Mehr oder Minder der Gliafaserwucherung bedinge, erwidert er mit dem Hinweis auf das Ausbleiben der Gliafaserwucherung auch in den markfaserreichen tiefen Rindenschichten. Vor allem aber weist er auf die Herde im Kleinhirn hin, bei denen man eine lebhafte Faserwucherung in der Marksubstanz und in der Molekularschicht findet, während die normaliter gliafaserarme Kleinhirnkörnerschicht faserarm bleibt. Die Faservermehrung in der Molekularschicht nimmt ihren Ausgang von den in der Purkinjezellschicht liegenden Bergmannschen Zellen, von denen ja auch die normalen Bergmannschen Fasern herkommen. Da nun die gesunde Molekularschicht mark-

Digitized by Google

scheidenarm, aber gliafaserhaltig ist, ist hier eindeutig zu erkennen, daß nicht der normale Gehalt an Markfasern, sondern die „spezielle Gliafaseranlage an Ort und Stelle", id est der „lokale Faktor", ausschlaggebend ist für die Beschaffenheit der gliösen Struktur des Herdes. Die klare und einleuchtende Beweisführung wird durch vorzügliche Abbildungen wirkungsvoll unterstützt. *Creutzfeldt* (Berlin).

Schacherl, Max: Zur Therapie der multiplen Sklerose. Wien. klin. Wochenschr. Jg. **37**, Nr. 40, S. 1037—1039. 1924.

Zur Behandlung der multiplen Sklerose verwandte Verf. zunächst 2 Typhus-, 2 Calcium- und 1 Neosalvarsaninjektion pro Woche bei 87 ambulanten Patienten, ohne in drei Viertel der Fälle eine praktisch in Betracht kommende Remission zu erzielen. Dann wurde die Verabreichung dahin modifiziert, daß wöchentlich 2 intravenöse Injektionen von Calcium-Typhus und Typhus-Calcium-Salvarsan gegeben wurden. Einzelheiten über die Quantitäten sind im Original nachzulesen. Ernstere Komplikationen wurden nicht beobachtet. Es handelte sich um 48 weibliche und 16 männliche Patienten, die sich überwiegend im Zustand chronischer und akuter Progredienz befanden. 40 Fälle wurden sehr gebessert, 16 gebessert, 8 blieben refraktär. Die Schnelligkeit des Eintritts und der Grad der Remission ist bei den nach Lebensalter und Krankheitsdauer jungen Fällen am stärksten ausgeprägt, besonders ist das rasche Schwinden cerebellarer Symptome hervorzuheben. Auch bei luogenen spastischen Erkrankungen liefert die Methode gute Erfolge, während sie bei postencephalitischen Erkrankungen versagte. *Max Grünthal* (Berlin).

Rückenmarksgeschwülste:

● **Grosz, Karl: Klinische und Liquordiagnostik der Rückenmarkstumoren. (Abh. a. d. Gesamtgeb. d. Med. Hrsg. v. Josef Kyrle u. Theodor Hryntschak.)** Wien: Julius Springer 1925. 127 S. S. 11.73 / G.-M. 6.90.

Im ersten „speziellen" Teil seiner Studie bringt Verf. die Krankengeschichten von 23 Fällen von Rückenmarkstumoren, Wirbeltumoren, paravertebralen Tumoren und Pachymeningitis, die er an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Nervenkrankheiten in Wien beobachten konnte. Der Mitteilung der Krankengeschichte folgt nach jedem Fall die epikritische Beleuchtung, die im besonderen die differential-diagnostisch wichtigen Momente hervorhebt und dies unter ganz besonderer Berücksichtigung auch der einschlägigen Literatur der letzten Jahre. Wenn die mitgeteilten Beobachtungen wie die anschließenden Erörterungen prinzipiell neue Gesichtspunkte zur Tumordiagnostik auch nicht ergeben haben, so sind sie für uns dennoch dadurch wertvoll, daß sie weiteres Material zu den klinisch noch immer schwierigen Fragen der Frühsymptome, der Fernsymptome, der Entwicklung der Sensibilitätsstörung, der Höhenlokalisation, der Röntgendiagnostik usw. liefern. Der „allgemeine Teil" der Studie faßt die klinischen Ergebnisse der Beobachtungen in bezug auf die ebengenannten Gesichtspunkte noch einmal zusammen, bringt einen besonderen Abschnitt über den postoperativen Verlauf und je ein ausführliches Kapitel über die Ergebnisse der Lumbalpunktion und des Sicardschen Verfahrens. Der Arbeit ist ein ausführliches Literaturverzeichnis beigegeben. *Erna Ball* (Berlin).

Albrecht, Kurt: Die röntgenologische Darstellung von Rückenmarkstumoren mit Jodipin. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Charité, Berlin.*) Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. **60**, H. 1, S. 1—33. 1925.

Albrecht benutzte wie Peiper und Klose 20—25 proz. Jodipin (Merck), 1—2 ccm, und zwar in 16 Fällen, die im Detail besprochen und mit zahlreichen instruktiven Abbildungen belegt werden. Bisweilen ergeben sich, ohne daß ein Tumor vorliegt, abweichende Bilder des in den Blindsack des Rückenmarks absinkenden Jodipins. Wichtige Anhaltspunkte ergibt die Jodipinprobe für die Differentialdiagnose zwischen Tumor und Myelitis. In 8 Fällen von Tumor ergab die Untersuchung nach Sicard die typische Arretierung des Jodipins an der Stelle des Tumors. Bei intramedullären

Digitized by Google

Tumoren sah A., wie auch andere, schmale Streifen herabreichen. Auch bei extraduralen Tumoren zeigt das myelographische Bild manche wichtige Details gegenüber intraduralen Tumoren. Bei längerem Verweilen des Jodipins im Duralsacke wird es, wie ein Fall zeigte, in ein organisiertes Fettgewebe einbezogen. In 7 Fällen traten nach der Jodipininjektion Reizerscheinungen auf, speziell häufig bei Tumoren, und zwar erst nach 24 Stunden, um nach einigen Tagen wieder abzuklingen. Die Lumbalpunktion ergibt in diesem Stadium sehr starke Zellvermehrung. *E. Redlich* (Wien).

Wirbelsäule:

Backman, G.: Sur un cas d'hémivertèbre de la colonne vertébrale humaine. (Über einen Fall von Halbwirbel der menschlichen Wirbelsäule.) (*Inst. d'anat., univ., Riga.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 26, S. 542—544. 1925.

Im vorliegenden Fall bestand ein Wirbel der mittleren Brustwirbelsäule nur aus seiner rechten Hälfte. Hand in Hand damit ging eine spiralförmige Verschiebung der Nachbarwirbel. Die Verschiebung beweist, daß es sich nicht um eine krankhafte, sondern um eine Bildungsanomalie handelt. Die linken Hälften der oben und unten benachbarten Dornfortsätze sind mit dem halben Dornfortsatz des Halbwirbels verwachsen.

Erwin Wexberg (Wien).

De Stermich, Silvio: A proposito della diagnosi di spina bifida occulta. (Zur Diagnose der Spina bifida occulta.) (*Osp. infant. „Cesare Arrigo", Alessandria.*) Pediatr. prat. Jg. **2**, Nr. 1, S. 7—10. 1925.

Ein 6jähriger Knabe begann nach einem Trauma am rechten Bein zu hinken, hatte Schmerzen im Oberschenkel, der Patellarsehnenreflex fehlte, Plantar-, Cremaster- und Bauchdeckenreflex waren abgeschwächt. Ein Pigmentfleck veranlaßte eine Untersuchung der Sakralgegend. Hier fand sich eine Deformation und ein fistelartiger, blind endigender Gang. Radiologisch wurde eine Spina bifida und nach Injektion von Lipojodol ein unveränderter Duralsack gefunden. Der Gang war nicht der bei Coxitis, sondern eher pseudoparalytisch. Vorher hatte vorübergehend Enuresis bestanden.

Es wird der Auffassung Ausdruck gegeben, daß die Rachischisis direkt nicht mit den ihr von manchen Seiten zugeschriebenen myeloradikulären Störungen immer in Verbindung steht, sondern daß diese durch nicht obligate Verbildungen der nervösen Organe zu erklären sind. *Neurath* (Wien).°°

● **Stockmeyer, Karl M.: Zur Bewertung der chirurgischen Behandlung der Spina bifida.** (*Kinder-Spit., Basel.*) Jahrb. f. Kinderheilk. Beih. **7**, S. 1—46. 1925. G.-M. 2.20.

Verf.s Material aus dem Baseler Kinderspital umfaßt 42 Fälle, worunter 20 operierte. Von den Operierten wurden 50% geheilt, 15% gebessert. 35% starben an den Folgen der Operation. Von den Nichtoperierten starben 63,5% vor Ablauf des 1. Lebensjahres. 171 weitere Fälle werden aus der Literatur herangezogen, und an der Hand dieses Materials wird der Wert der Operation analysiert. Gesamtheilung ca. 40%, d. h. die Operation hatte zur Folge, daß ein fester Verschluß der Wirbelspalte eintrat, ohne Rezidiv, ohne Hydrocephalus, ohne Lähmungen. Besserung ca. 15%, d. h. die Lähmungen verschwanden nicht ganz, ebenso wenig die Hydrocephaluserscheinungen. Mißerfolge ca. 45%: Verschlimmerungen, Neuauftreten von Lähmungen und Hydrocephaliesymptomen; Todesfälle. Bei Nichtoperierten 84% Todesfälle im 1. Lebensjahr. Wir erreichen demnach durch eine Operation immer noch weitaus die besten Resultate. Je früher man sie macht, um so aussichtsvoller ist sie. Am günstigsten sind die reinen Meningocelen des Kopfes. Bezüglich der Operabilität lassen sich indes niemals vorher Regeln aufstellen. Nach jeder noch so harmlos aussehenden Meningocelenoperation können Lähmungen entstehen bzw. sich verschlimmern, insbesondere Blasen- und Mastdarmlähmungen. *Wolfsohn* (Berlin).

Turner, Henry, and Nikolas Tschirkin: Spondylolisthesis. (Spondylolisthesis.) (*Orthop. dep., milit. acad., Leningrad.*) Journ. of bone a. joint surg. Bd. **7**, Nr. 4, S. 763—786. 1925.

Unter Spondylolisthesis versteht man eine Deformität des untersten Teiles der Wirbelsäule, bedingt durch Dislokation des letzten Lendenwirbels, und zwar gleitet der Wirbelkörper infolge ungenügender Ossification seines Wirbelbogens in das Becken

Digitized by Google

hinein. Dieser Prozeß gehört zur Gruppe der kongenitalen Entwicklungshemmungen des lumbosakralen Wirbelsäulenanteils; er kann latent bleiben und erst im Gefolge traumatischer Einflüsse eine Deformität, Schmerzen und andere klinische Symptome erzeugen. Traumen in der Kindheit rufen eine schwerere Deformität hervor als solche im späteren Lebensalter. Die Spondylolisthesis oder ihr Vorläufer, die Spondylolysis, ist ziemlich häufig zu beobachten, sie scheint beim männlichen Geschlecht etwas zu überwiegen. Verwechslungen mit traumatischer oder tuberkulöser Spondylitis kommen vor, obwohl das klinische Bild und vor allem der Röntgenbefund keine besonderen diagnostischen Schwierigkeiten bereiten. Die Behandlung soll möglichst frühzeitig einsetzen, um ein Fortschreiten der Deformität zu verhindern. Es ist noch zweifelhaft, ob operative Maßnahmen die Resultate der orthopädischen Behandlung wesentlich unterstützen können. Die Spondylolisthesis spielt u. a. eine nicht unwesentliche Rolle in der Geburtshilfe, da sie zu einer bedeutenden Verengerung im geraden Beckendurchmesser führt. *Taterka* (Berlin).

Periphere Nerven:

Periphere Nervenlähmung, Neuritis, Herpes zoster, Nerventumoren:

Wodak, E., und G. Herrmann: Der Einfluß des vestibularen Reizes bei Augenmuskellähmungen. (*Dtsch. psychiatr. Klin., Prof. Pötzl, Prag.*) Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. **75**, Sept.-Okt.-H., S. 322—327. 1925.

Bei einer Abducensparese erzielten die Autoren durch kalorische Reizung beim Blick in der Richtung der Wirkungsweise des paretischen Muskels Nystagmus in einer Ebene, in der er physiologischerweise bei dieser Reizart niemals vorzukommen pflegt. Und zwar kommt es statt des typischen horizontal-rotatorischen zu einem vertikalen Nystagmus. Unter der Voraussetzung, daß die Kerne der das Auge in vertikaler Richtung bewegenden Muskeln normalerweise vom vestibularen Reiz nicht getroffen werden, folgern die Autoren, daß diese Kerne durch irgendeine Vorrichtung der Einwirkung des vestibularen Reizes entzogen, die der Seitenwendung dienenden Augenmuskelkerne von jenen der Auf- bzw. Abwärtswendung dienenden voneinander isoliert sind, diese Isolierung aber hier durchbrochen wird, weil sich die vestibulare Energie nicht in den normalen Bahnen auswirken kann. *Riese* (Frankfurt a. M.).

Grinstein, A.: Über Contracturen des N. facialis. Vračebnoe delo Jg. **8**, Nr. 8, S. 640—644. 1925. (Russisch.)

N. facialis erhält, nach Hunt, sensible Fasern aus dem Ganglion geniculi, bei dessen Erkrankung ein Herpes oticus und Otalgie entstehen: Die Herpesbläschen erscheinen hauptsächlich auf der vorderen Fläche der Ohrmuschel, des Ohrläppchens und des äußeren Gehörganges, verbreiten sich aber auch auf die Paukengegend und Tuba Eustachii, auf den hinteren Teil des Gaumens und die vordere Partie der Zunge. Zu den 18 von Hunt im Jahre 1920 publizierten Fällen von Herpes oticus und anderen später veröffentlichten Krankengeschichten fügt Verf. 4 eigene, sehr interessante Beobachtungen hinzu, die in überzeugender Weise die anatomisch-physiologische Erklärung der Entstehung der Facialiscontractur geben und die Huntsche Theorie vollständig bestätigen: Die Facialiscontractur wird durch die Reizung der sensiblen Fasern des Facialis hervorgerufen, ergo sie ist eine Reflexcontractur.

Im ersten Falle: bei einem 23jährigen Mädchen begann die Erkrankung mit Herpes oticus und heftigen Schmerzen im Ohr; nach drei Tagen eine periphere Facialislähmung, die mit einer Contractur endete. Im zweiten Falle: linksseitiger Herpes oticus und Gesichtslähmung, die später in eine Contractur überging. Bei diesem 16jährigen Patienten wurden auch Herabsetzung des Gehörs und das Menièresche Syndrom festgestellt. Im dritten Falle entstand die Facialiscontractur ohne vorangegangene Lähmung: als unmittelbare Ursache könnte bei diesem Patienten der operative Eingriff, durch welchen der sensible Ast des Facialis verletzt sein konnte, gelten. Besonders klar liegen aber die Verhältnisse bei der vierten Patientin, wo eine zweifellose Huntsche Otalgie, d. h. eine isolierte Neuralgie des sensiblen Astes des Facialis — nach einer Erkältung — ohne irgendeine Erkrankung des Ohres. Zwei Jahre später trat eine Facialiscontractur hinzu.

Digitized by Google

Verf. ist der Ansicht, daß die oben geschilderten Schmerzen, Herpes und Hypästhesien bei Facialislähmungen eine große prognostische Bedeutung haben, wenn auch das Fehlen dieser Symptome das nachfolgende Auftreten einer Facialiscontractur keineswegs ausschließen läßt. Deswegen sei aber — bei der Behandlung solcher Patienten — jede reizende Prozedur (wie z. B. die Faradisation) zu vermeiden. Es könne auch die Zweckmäßigkeit der Durchschneidung des sensiblen Astes des Nerv. facialis in Erwägung gezogen werden. *L. Arinstein* (Charlottenburg).

Scheinmann, Alexander: Zur Klinik der Lähmungen des Nervus recurrens. (*Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkranke, Odessa.*) Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. Jg. **59**, H. 11, S. 1230—1233. 1925.

Außer einer beiderseitigen Lähmung des N. recurrens zentraler Natur bestanden in dem ausführlich mitgeteilten Falle noch eine Reihe anderer, komplizierter Herdsymptome, die zum Teil mit den autoptisch festgestellten, im Gefolge einer Schrumpfniere eingetretenen Hämorrhagien in die Substanz der Brücke in Zusammenhang gebracht, zum Teil aber als Funktionsstörungen urämischer Natur gedeutet werden. *Riese* (Frankfurt a. M.).

Jülich, W.: Linksseitige Recurrenslähmung durch Sklerose der Aorta. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Barmbek.*) Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 48, S. 1805—1806. 1925.

Mitteilung von 2 Fällen, in denen als einziges für die linksseitige Recurrenslähmung ursächlich in Betracht kommendes Moment ausschließlich eine Sklerose der Aorta nachgewiesen werden konnte. Kein Aortenaneurysma. Die Lähmung des Recurrens bei Aortensklerose kommt auf ähnliche Weise wie beim Aneurysma durch Druck bzw. durch Zug zustande. Es ist anzunehmen, daß die verkalkte Media in diesen Fällen zur Druckusur des Nerven mit nachfolgender Degeneration führt. Prognose schlecht. *Kurt Mendel.*

Dennis, Frank L.: Herpes zoster oticus: A case with involvement of the fifth, seventh, eighth and ninth cranial nerves and with a complete vestibular examination. (Herpes zoster des Ohrs: Ein Fall mit Befallensein des 5., 7., 9. und 10. Gehirnnerven und einer vollständigen Untersuchung des Vestibularis.) Laryngoscope Bd. **35**, Nr. 9, S. 665—674. 1925.

D. J., 31 Jahre alt, wurde 4 Tage nach einer grippeartigen Erkrankung von Schwindel, Ohrensausen, Erbrechen und Lähmung des rechten Facialis in allen 3 Ästen befallen. Die Gegenstände schienen sich nach rechts zu drehen. Er bemerkte, daß er nicht mehr geradeausspeien konnte. Gleichzeitig Eruption eines Herpes im Cavum der Ohrmuschel, der bald auch den äußeren Gehörgang, das Trommelfell und die hintere Gaumenwand befiel. Zunge wurde gerade herausgestreckt. Der Geschmack auf der vorderen rechten Zungenhälfte war aufgehoben. Rechtes Ohr taub. Weber nach links lokalisiert. Nystagmus beim Blick nach seitwärts und oben. Bei Fuß- und Augenschluß fällt Patient nach hinten. Bei Wechsel der Kopfhaltung ändert sich die Fallrichtung. Zeigeversuch negativ, Drehversuch und Wasserausspülung zeigen gleichfalls das Befallensein des rechten Vestibularis. Es erfolgte schnelle Abheilung des Herpes mit Rückgang der Symptome. Nach 11 Monaten fand sich noch rechts Ohrensausen, Herabsetzung des Gehörs und Schwindelanfälle. Es handelte sich um einen typischen Fall von Herpes zoster, infolge von Erkrankung des Ganglion geniculatum des Facialis im Fallopischen Kanal, sowie des Ganglion vestibulare und spirale. Die Herpeseruption in Ohr und Rachen beweist auch das Befallensein des Ganglion jugulare und petrosum. *Gierlich* (Wiesbaden).

Hess, Leo, und J. Faltitschek: Über Störungen der Magenfunktion bei Herpes zoster thoracalis. (*III. med. Klin., Univ. Wien.*) Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 45, S. 1683—1685. 1925.

Lokalisiert sich die Zona im Gebiet der dorsalen Intercostalnerven, vorwiegend der unteren, so resultiert auf der Höhe der Erkrankung Hypermotilität und Hypersekretion des Magens; nach Abheilung des Exanthems kehren beide Funktionen wieder zur Norm zurück. 6 Fälle werden mitgeteilt. *Kurt Mendel.*

Traikin et Burill: Action thérapeutique de l'U.-V. sur le zona. (Therapeutische Wirkung der ultravioletten Strahlen auf den Herpes zoster.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de France Jg. **13**, Nr. 122, S. 194—195. 1925.

Bei 2 Fällen von Herpes zoster wurden ultraviolette Strahlen, das eine Mal kombiniert mit Diathermie, zur Anwendung gebracht, und zwar wurde täglich einige Minuten lang bestrahlt. 8 bzw. 7 derartige Sitzungen genügten zur Heilung. Aus den günstigen Resultaten ziehen die Verff. folgende Schlüsse: Die ultravioletten Strahlen, gleich bei Beginn der Erkrankung angewendet, führen zur Verkümmerung der Herpeseruption und verhindern das Auftreten von Schmerzen. Sie sind ferner geeignet, die erst nach Verschwinden des Herpes einsetzenden Spätschmerzen nach wenigen Bestrahlungen zu coupieren. *Taterka* (Berlin).

Digitized by Google

Sympathisches System und Vagus:

Orlof, P.: Sclerodermia diffusa. Russkij vestnik dermatologii Bd. 3, Nr. 7, S. 608 bis 612. 1925. (Russisch.)

Der 38jährige Patient klagt seit mehreren Monaten über das Gefühl des Zusammenziehens in der Haut des ganzen Körpers und Hemmungen bei Kopfbewegungen und Bewegungen der Glieder. Die Hautfarbe ist unverändert, die Haut des gesamten Körpers — mit Ausnahme derjenigen des Scrotums und des Penis — ist infiltriert und ödematös. Amimie. Die Schleimhaut des Mundes und der Zunge ist verdickt, auch die Muskeln sind hart und derb, und alle aktive und passive Bewegungen der Arme, Beine und des Halses sind verlangsamt, beschränkt und etwas schmerzhaft. Patient kann sich selbst nicht ankleiden. Schweißabsonderung fehlt vollständig, was ihm während der heißen Sommertage besonders aufgefallen war. Patient klagt über Frostgefühl. Puls beschleunigt, 100—104. Die Sehnenreflexe sind gesteigert. Alle Arten der Sensibilität erhöht, besonders an den am stärksten von der Sklerodermie betroffenen Partien. Eosinophilie. Urin normal. Nach 6 wöchiger Behandlung mit Thyreoidin (0,15 pro die) trat eine deutliche Besserung ein. Die Pulsfrequenz ist auf 76—80 zurückgegangen. Schweißabsonderung trat wieder auf. Die Haut und die Muskeln wurden wieder weicher. Das Frieren hörte auf. Verf. schließt sich der Auffassung Jadassohns an (die bei der Besprechung des Hoffmannschen Falles im Jahre 1922 zum Ausdruck gebracht wurde) und glaubt, daß es sich hier um eine pluriglanduläre Erkrankung mit vorwiegender Beteiligung der Schilddrüse (Dysthyreose) handelt, denn zu gleicher Zeit bestehen Zeichen der Basedowschen Krankheit und des Myxödems, die auch das ganze klinische Bild in diesem seltenen Falle der Sclerodermia diffusa beherrschen. *L. Arinstein* (Charlottenburg).

Danilewskaja, E. D., und G. I. Markov: Ein Fall von einseitiger punktförmiger Sklerodermie mit Hautödem derselben Körperhälfte. Medicinskaja mysl'. Bd. 3, H. 2, S. 52—56. 1925. (Russisch.)

Fall von rechtsseitiger punktierter Sklerodermie, hier und da mit Ödem bzw. Hautatrophie vergesellschaftet. Bis 1913 zählte Jozefowicz 12 Fälle von Hemisklerodermie in der Literatur, die auf zentralen Ausgang hinweisen dürften. Dieser Fall bringt keine neuen Beweise zur Verteidigung der Brissaudschen zentralen Hypothese außer der Unilateralität. *Higier* (Warschau).

Liebner, Ernö: Gemeinsames Vorkommen von Sclerodermie en plaques und Syphilis. Gyógyászat Jg. 65, Nr. 50, S. 1119—1120. 1925. (Ungarisch.)

Der 40jährige Patient bekommt nach einer Behandlung, bestehend aus 8—10 Hg und 6 Salvarsan, wiederholt Hauterscheinungen und 7 Jahre nach der Luesinfektion linsengroße, später konfluierende, teils tuberöse und tuberoserpiginöse Efflorescentien, die sich beim Tasten sklerodermisch hart anfühlen. Das histologische Bild steht zwischen Lues und Sklerodermie, die Kollagenfasern sind vermehrt, diffuse lymphocytäre und perivasculäre Infiltration mit Plasmazellen und Endothelproliferation. Keine epitheloide und keine Langhanszellen. Neurologisch Anisocorie, Argyll-Robertson, Serum-Wassermann +++. Nach Bismosalvan und Neosalvarsan Heilung der Hauterscheinungen mit Hautatrophie und Deutlichwerden der Sklerodermie. Verf. erblickt in seinem Fall den Beweis, daß die Lues nicht bloß im Wege des Endocriniums zur Sklerodermie führen kann, sondern auch durch Schaffung lokaler Läsionen. *Kluge* (Budapest).

Tokarski, Karol: Ein Fall von symmetrischer Hautgangrän am Arme. Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 46, S. 977—978. 1925. (Polnisch.)

32jährige Frau macht im Laufe eines Monats mehrere aufeinander folgende fieberhafte Erkrankungen durch: Cholangitis, Angina Vincenti, Herpes labialis und symmetrische Hautgangrän der Oberarme (4 mal 8 cm und 8 mal 16 cm). Verf. glaubt, eine Leberinsuffizienz annehmen zu dürfen, auf deren Boden durch akute Einwirkung eines Giftes (Angina Vincenti) eine hämoklasische Krise im Sinne Vidals sich einstellte mit sympathisch-spinaler Vasokonstriktion. Diese symmetrisch gelagerte Gefäßverengerung verursachte das akute Raynaudsche Syndrom mit Hautgangrän. *Higier* (Warschau).

Jenny, Ed.: Die Swift-Feersche Krankheit (Akrodynie). (*Kinderheim, Aarau.*) Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 28, S. 645—651. 1925.

Es werden 4 Fälle mitgeteilt, die in der Umgebung von Aarau (Schweiz) zur Beobachtung kamen. Das plötzliche Auftreten scheint für eine Infektion zu sprechen. Es handelt sich um ein wohlcharakterisiertes Krankheitsbild des Kleinkinderalters, dessen Hauptsymptome in verdrießlicher Stimmung, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, profusen Schweißen mit mannigfachen Ausschlägen bestehen. Die sekundäre Infektion kann zu Ulcerationen und Abscessen von sehr torpidem Verlauf führen. In den schwersten Fällen ist akute Gangrän einzelner Finger gesehen worden. Hände und

Digitized by Google

Füße sind gewöhnlich gedunsen, feuchtkalt und cyanotisch. Es stellt sich Hypotonie und Atrophie der Muskulatur, Herabsetzung der Motilität bis zum Verlust des Sitz- und Gehvermögens ein. Parästhesien an Händen und Füßen führen zu beständigem Kratzen. Tachykardie und erhöhter Blutdruck vervollständigen das Bild. Der Verlauf ist chronisch, Besserungen wechseln mit Verschlimmerungen. In der Mehrzahl der Fälle tritt nach 4—6 Monaten völlige Heilung ein. Eine kleine Minderzahl kommt durch Pneumonie oder Sepsis ad exitum. Von 167 bisher beschriebenen Fällen starben 14. Die Pathogenese und Ätiologie ist noch ungeklärt, am wahrscheinlichsten ist eine infektiöse Genese mit dem Angriffspunkt am Nervensystem. *Leiner* (Wien).

Scheipner, G.: Diathermie bei Dysbasia angiosclerotica. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 47, S. 1954—1955. 1925.

In einem Falle (57jähriger Patient) mit intermittierendem Hinken und beginnender Gangrän trat schon nach der zweiten Diathermiesitzung eine wesentliche Linderung der Schmerzen auf. Nach 9 Sitzungen (0,3 Ampère, 20 Min. lang) beschwerdefrei. Nach 20 täglichen Sitzungen (0,4 Ampère) Heilung, die jetzt $4^1/_2$ Monate anhält. Wasserelektrode für die Zehen, zweite Elektrode am Unterschenkel. *Kurt Mendel.*

Stoffwechsel und endokrine Drüsen:

Allgemeines über innere Sekretion:

Pende, M.: Endokrinologie und Psychologie. Vračebnoe delo Jg. **1925**, Nr. 10/11, S. 863—866 u. Nr. 12/14, S. 981—985. 1925. (Russisch.)

Verf. betont die Bedeutung des endokrinen Systems bei der Analyse der Persönlichkeit und unterscheidet verschiedene Formen des endokrinen Temperaments, worunter er den Zustand des Organismus versteht, der durch die pathologische Funktion der endokrinen Drüsen bedingt ist. Das hyperthyreoide Temperament ist gekennzeichnet durch eine erhöhte Erregbarkeit des vegetativen Nervensystems, insbesondere des Sympathicus, ferner besteht eine erhöhte psychische Erregbarkeit, frühe Entwicklung des Intellekts. Das hypothyreoide Temperament ist gekennzeichnet durch eine Verlangsamung aller Reaktionen; geistig sind die Menschen unterentwickelt. Die Personen mit hypogenitalem Temperament sind sexuell frigide, psychisch gehemmt und mäßig intelligent, die mit hypergenitalem sind leicht erregbar, euphorisch. Verf. unterscheidet noch das hyper- und hypopituitare und das hyper- und hyposuprarenale Temperament. Die reinen Typen sind allerdings im Leben sehr selten, häufiger kommen gemischte Typen vor. *Wolpert* (Berlin-Schlachtensee).

Abderhalden, Emil: Probleme der Inkretwirkungen. (*Physiol. Inst., Univ. Halle a. S.*) Ergebn. d. Physiol. Bd. **24**, S. 176—184. 1925.

Wir müssen uns von einer schematischen Betrachtung der Bedeutung der Inkretionsorgane für den Organismus frei machen. Es kommt nicht nur darauf an, daß bestimmte Zellen bestimmte Stoffe herstellen und aussenden, vielmehr gehören noch viele andere Momente hinzu, um dem betreffenden Produkt die Wirkung zu ermöglichen, z. B. besondere Stoffe, durch die sich die Zellen selbst für die Inkretstoffe sensibilisieren, sog. Adjuvantien, dann die Konzentration der Gegenstoffe, die Ernährung und vieles andere. Auf die Beziehungen dieser Fragen zum Ferment- und Vitaminproblem sowie zu den Tatsachen der Vererbung wird hingewiesen. *E. Küppers* (Freiburg i. B.).

Kern, Maximilian: Les glandes endocrines avant la puberté. (Die endokrinen Drüsen vor der Pubertät.) Rev. franç. d'endocrinol. Jg. **3**, Nr. 1, S. 26—36. 1925.

Kern kommt auf Grund klinischer Beobachtungen zu folgenden Feststellungen. Es läßt sich keine Grenze ziehen zwischen endokrinen Störungen, die der Pubertät vorausgehen und jenen, die ihr folgen. Die Mehrzahl der endokrinen Störungen bei Erwachsenen stammen aus einer Periode vor der Pubertät, wenn sie nicht überhaupt angeboren sind. Die monoglandulären Störungen sind selten, meist sind mehrere Drüsen ergriffen. Viele der sog. idiopathischen Erkrankungen müssen auf das endokrine System bezogen werden und das Studium dieser Dysfunktionen muß in gemeinschaftlicher Arbeit der Klinik und des Laboratoriums erfolgen. *Ed. Gamper* (Innsbruck).

Digitized by Google

Salvatore, Domenico: Comportamento delle glandole a secrezione interna nel metabolismo dei carbo-idrati in rapporto a stimolazioni dei centri tubero-infundibulari. (Zusammenhang der endokrinen Drüsen mit Kohlenhydratstoffwechsel in Beziehung zur Reizung der tubero-infundibularen Zentren.) (*2. istit. di patol. med., univ., Napoli.*) Gazz. internaz. med.-chir. Jg. 28, Nr. 22, S. 253—256, Nr. 23, S. 268—270 u. Nr. 24, S. 287—288. 1923.

Ausführliche klinische und histologische Studien über den Einfluß des Pankreas, der Nebennieren, der Schilddrüse und der Hypophyse auf den Kohlenhydratstoffwechsel in bezug auf die tubero-infundibulären Zentren. *V. Kafka* (Hamburg).

Hypophyse, Epiphyse, Diabetes insipidus:

Beer, G. R. de: Die Geschichte der Pars tuberalis der Pituitardrüse. Anat. Anz. Bd. 60, Nr. 4, S. 97—104. 1925.

Als Pars tuberalis wird der bei allen Vertebraten außer bei Fischen, Schlangen und einigen Eidechsen vorhandene Teil der Hypophyse bezeichnet, der oberhalb der Pars anterior liegt und mit dem Tuber cinereum eng verbunden ist, bei Säugern wie ein Halsband um den Infundibularstiel sich herumschlingt und aus einem Paar seitlicher Fortsätze der Hypophysengrube entsteht. de Beer konnte nun nachweisen, daß die Phylogenese dieser Fortsätze bis auf Amphioxus zurückgeführt werden kann. Hier entspricht das ektodermale Gewebe, welches die Öffnung der „Hatschekschen Grube" („Proboscis pore" Goodrich) umgibt, der Pars tuberalis höherer Vertebraten. Bei Entenembryonen verbinden sich die seitlichen Fortsätze der Hypophysenanlage mit den Prämandibularsomiten; diese Verbindung bildet ein Homologon zu den Rüsselporen der niedersten Vertebraten. Auch bei Torpedo entstehen an dem der Stelle des „Proboscis pore" entsprechenden Orte Auswüchse der Hypophysenanlage, die sich zur Pars tuberalis entwickeln. *Wallenberg* (Danzig).

Pines, J.-L. Ja.: Über die Innervation der Hypophysis cerebri. I. Mitt. (*Staatsinst. f. Hirnforsch., Leningrad.*) Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 32, H. 1/2, S. 80—88. 1925.

Pines weist darauf hin, wie wichtig es gerade für die Fragestellung Zwischenhirn und Hypophyse ist, festzustellen, ob und in welcher Weise die Hypophyse nervös versorgt wird. Die bisherigen Angaben in der Literatur darüber sind äußerst spärlich. Er selbst hat die Hypophysen von Hunden und Katzen mit verschiedenen Methoden untersucht. Die besten Resultate ergibt die Silberimprägnation nach Cajal. Es lassen sich im Vorderlappen der Hypophyse zahlreiche marklose sympathische Nervenfasern nachweisen, die in enge Beziehungen zu den Drüsenzellen treten, und zwar durch ein intercelluläres Geflecht und durch ein engmaschiges Endnetz mit pericellulären Kränzen und feinen knopfartigen Verdickungen an der Zelloberfläche. Die Sekretion des Vorderlappens steht in direkter Beziehung zum Nervensystem. *Josephy* (Hamburg).

Collin, Remy: La neurocrinie hypophysaire. (Die hypophysäre Neurocrinie.) Rev. franç. d'endocrinol. Bd. 3, Nr. 4, S. 213—228. 1925.

Als Neurocrinie bezeichnet Masson den Übergang des Sekretes einer Drüse in einen Nerven, im Gegensatz zum sonst stattfindenden Übergang in die allgemeine Zirkulation. Collin glaubt, daß das Sekret der Hypophyse z. T. in die allgemeine Zirkulation und z. T. in die nervösen Zentren des Hypothalamus gelange, was er durch mikroskopische Untersuchung nachweisen zu können glaubt. Einzelheiten müssen in der Originalarbeit eingesehen werden. *Otto Maas* (Berlin).

Atwell, Wayne J.: Quantitative studies on the pars tuberalis of the hypophysis cerebri. (Mengenuntersuchungen über die Pars tuberalis der Hypophysis.) (*Dep. of anat., univ. school of med., Buffalo.*) Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. 22, Mai-H., S. 499—500. 1925.

Bei den geschwänzten Amphibien ist die Pars tuberalis relativ größer als bei den Anuren. So übertrifft sie z. B. bei Plethodon glutinosus und Pl. cinereus die Pars intermedia um das $1^1/_2$—5fache an Größe, während bei Rana pipiens das Volumen der Pars tuberalis nur etwa $4^1/_4$% des Volumens der Pars intermedia beträgt. Bei der Katze, bei der die Pars tuberalis sehr deutlich von den übrigen Drüsenteilen zu unterscheiden ist, betrug das Volumen der Pars anterior durchschnittlich 76%, das der Pars intermedia 16% und das der Pars tuberalis 8% des Volumens des ganzen drüsigen Hypophysisteiles. Sie entspricht also etwa der Hälfte der Pars intermedia. In Anbetracht dieser nicht unbeträchtlichen Größe bezeichnet es Atwell als durchaus möglich, daß die Pars tuberalis zumal bei Säugetieren ein wichtiges Sekret absondert. Die individuellen Größenschwankungen sind beträchtlich. *B. Romeis* (München).

Digitized by Google

Knauer: Zwei Fälle von abortiven Hypophysenerkrankungen. Biol. Abt. d. ärztl. Ver., Hamburg, Sitzg. v. 13. X. 1925.

1. 43jährige Frau. Tod an Herzverdrängung durch Pleuraerguß und Pleuraschwarten. Primäre Lungentuberkulose mit Pleuritis tuberculosa. Ausgedehnte Bauchfelltuberkulose. Hypophyse: 370 mg, sehr derb. Größter Teil des Vorderlappens in kernarmes fibröses Bindegewebe verwandelt. Guterhaltene Vorderlappenparenchymreste zum Stiel hin. Auf die Hypophysenveränderung wies das völlige Fehlen der Achsel- und Schamhaare hin. Keine Kachexie, Senium praecox oder Mikrosplanchnie. In der Schilddrüse fibröse Entartung. In der Anamnese 4 Geburten bis zum 28. Jahre. (Nach der letzten sehr starker Blutverlust.) Von da an Menopause. — 2. 78jähriger Mann. Tod an Magencirrhus. Hypophyse: $2^1/_4$ g. Vergrößerung nur auf den Vorderlappen beschränkt. Histologisch: atypisches Adenom, aus Haupt- und eosinophilen Zellen bestehend. Von akromegalen Zeichen nur große Uvula und Zunge. Übrige Drüsen mit innerer Sekretion ohne Veränderungen. Gut erhaltene Vorderlappenreste im 1. Fall, ein atypisches Adenom im 2. ließen die typischen Erscheinungen von Simmondsscher Krankheit und Akromegalie nicht entstehen. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Cesari, Gastone: Acromegalia ed acromegaloidismo. Indagine clinica e radiologica. Cura. (Akromegalie und Akromegaloidie. Klinische und röntgenologische Untersuchungen. Behandlung.) (*Clin. oculist., univ., Genova.*) Quaderni di psichiatr. Bd. 12, Nr. 9/10, S. 181—197. 1925.

Neben echter Akromegalie mit den bekannten und ausgesprochenen Störungen von seiten des Skeletts, des Stoffwechsels, des Urogenitalapparates usw. gibt es auch leichtere Fälle, wovon Verf. 7 beschreibt, die er als abortive, wenn auch zweifellos pathologische Formen („forma frustra") des Akromegaliesyndroms betrachtet und als Akromegaloidie bezeichnet. Dabei ist das Skelett zwar auch vergrößert, aber in weniger übertriebener Weise, es besteht wohl ein abnormes Wachstum, aber keine eigentliche Mißbildung der Knochen; die Sexualfunktionen sind beeinträchtigt, aber nicht bis zu einer wirklichen Dysfunktion; auch die Polyurie und die Somnolenz sind wenig ausgesprochen. Die schwersten Symptome hängen mit einer Erweiterung und Usurierung der Sella turcica zusammen, woraus eine Atrophie der Sehnerven mit hochgradiger Amblyopie bis zu vollständiger Amaurose resultieren kann. Diese Affektion tritt besonders zur Zeit der Pubertät auf, woraus Verf. auf eine Regression der Hypophysenzellen zum fetalen Typus mit Hyperfunktion und metaplastischem Hyperpituitarismus schließt; sie beruht auf einer noch unbekannten toxischen Wirkung. Für die Behandlung, besonders mit Bezug auf die Sehstörungen, aber auch andere Symptome, hat sich die Röntgenbestrahlung als sehr wirksam erwiesen. — Es dürfte in praxi nicht leicht sein, zwischen Akromegalie und Akromegaloidie bestimmtere Grenzen zu ziehen, zumal die Störungen auch in den vom Verf. beobachteten Fällen immerhin recht beträchtliche sind, und schon die ausgesprochene Erweiterung der Sella turcica auf einen durchaus manifesten und fortgeschrittenen Prozeß in der Hypophyse hinweist; nichtsdestoweniger verdient die vom Verf. hervorgehobene klinische Abart beachtet und weiter verfolgt zu werden. *M. Minkowski* (Zürich).

Bogaert, Ludo van, et R. Delbeke: Acromégalie et syndrome de Raynaud. (Akromegalie und Raynaud.) Journ. de neurol. et de psychiatrie Jg. 25, Nr. 8, S. 511 bis 519. 1925.

Ein typischer Fall von Akromegalie ohne Veränderung des Röntgenbildes des Türkensattels, gleichzeitig Hypertonie ohne Herzbefund mit erheblicher Differenz zwischen unterer und oberer Extremität, die eine gefäßspastische oscillometrische Kurve hat, schmerzhafte symmetrische Anfälle von Synkope lokal an den Fingern, auf Eintauchen in warmes Wasser schwindend bei einem Individuum mit Hypercholesterinämie und Störungen der Urinmengenausscheidung. Die pharmakodynamischen Untersuchungen schließen die Möglichkeit aus, eine Akromegalie mit sympathischer Genese anzunehmen; während es wahrscheinlich ist, daß sich eine Hypophysenstörung im neurovegativen System auswirken kann, ist das Umgekehrte nicht erwiesen. *Krambach* (Berlin).

Thompson, Chester Q., J. Jay Keegan and A. D. Dunn: Defects of membranous bones, exophthalmos and diabetes insipidus. Report of a case with necropsy. (Defekte der membranösen Knochen, Exophthalmus und Diabetes insipidus.) (*Dep. of clin.*

Digitized by Google

invest., univ. of Nebraska coll. of med., Lincoln.) Arch. of internal med. Bd. **36**, Nr. 5, S. 650—666. 1925.

Bei einem 9jährigen Knaben kam es nach Überstehen von Masern zu destruktiven Prozessen an den membranösen Schädelknochen, infolge des Defektes des Orbitaldaches führten schon Lageveränderungen des Schädels zu Exophthalmus; zugleich mit dem Knochenprozeß entwickelte sich ein Diabetes insipidus. Die Sektion deckte einen entzündlichen Prozeß vor allem im Tuber cinereum auf, der hier zu einer Fibrose geführt hatte, in der Pars post. der Hypophyse bestand eine viel geringere subakute Entzündung, die Knochen zeigten Decalcifikation. Es wird eine infektiöse Ätiologie angenommen, die Prozesse im Infundibulum und an den Knochen werden als parallelgehende Erscheinungen aufgefaßt. *E. Spiegel* (Wien).

Rothmann, Hans: Zur Behandlung des Diabetes insipidus mit Hodenextrakt. (*II. med. Klin., Charité, Berlin.*) Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 41, S. 1535—1536. 1925.

In zwei als hypochlorämischer-hypochlorurischer Diabetes insipidus angesprochenen Fällen trat auf Injektion von Hodenextrakt (Testiphorin bis 3 ccm pro die) Besserung der subjektiven Beschwerden, insbesondere auch des Hunger-Durstgefühls und der Kopfschmerzen ein, jedoch ohne aus der Tabelle erkenntliche wesentliche Änderung der Diurese.

Nonnenbruch (Frankfurt a. d. Oder).°

Schilddrüse:

Löhr, Hanns, und Walter Freydank: Über die Wirkung des Thyroxins auf den menschlichen Organismus. I. Mitt. Die Beeinflussung des respiratorischen Stoffwechsels durch Thyroxin. (*Med. Univ.-Klin., Kiel.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **46**, H. 3/4, S. 429—442. 1925.

Geprüft am respiratorischen Stoffwechsel des Menschen, erwies sich das synthetische Thyroxin (Squibb) als sehr wirksam im Gegensatz zu den früheren synthetischen Präparaten derselben Firma (vgl. Thannhauser). Bei normalen Individuen wird der oxydative Stoffwechsel nach intravenöser Verabreichung von 2 mg um ungefähr 25%, nach 3 mg bis um 50% erhöht. Der Beginn des Oxydationsanstiegs liegt zuweilen schon nach 2 Stunden, vielfach aber nach 9—10 Stunden oder noch später. Die Thyroxinwirkung verpufft sehr rasch, schon nach 24—48 Stunden, doch hält zuweilen die steigernde Wirkung bis 10 Tage lang an, ganz im Sinne der amerikanischen Untersuchungen. Die gleichzeitig vermehrte Ventilation ist nicht so hochgradig, daß man daraus vermehrten O_2-Verbrauch erklären könnte. In der Regel sieht man beim Normalen nach der Thyroxininjektion und geringen Anstieg der Körperwärme, zuweilen aber doch Temperaturen bis 39°. Das Präparat wird, wenn es nicht zu oft hintereinander gegeben wird, in der Regel gut vertragen. Zeitweise klagen die Patienten über Gliederschmerzen. Blutdruck und Herztätigkeit blieben unbeeinflußt. Beim Myxödematösen wirkt das Thyroxin besonders stark oxydationsfördernd, und zwar mit solcher Geschwindigkeit, wie man dieses bisher bei keinem Präparate beobachten konnte. Die Dauer dieser Wirkung beträgt langsam ansteigend ungefähr 10 Tage. Man kann schon durch 2—3 mg Thyroxin hierbei den Stoffwechsel vorübergehend zur Norm heraufsetzen. Gleichzeitig bessern sich in überraschend kurzer Zeit äußere Symptome des Myxödems. Methodik nach einer Modifikation von Zuntz-Geppert, Gasanalysen im Haldane-Apparat. *Hanns Löhr* (Bethel).°°

Ottonello, Paolo: L'endemia gozzigena in Sardegna. (Die Kropfepidemie in Sardinien.) (*Clin. d. malatt. nerv. e ment., univ., Sassari.*) Sonderdruck aus: Igiene moderna Nr. 6/7, 6 S. 1925.

In Sardinien macht sich eine deutliche Kropfwelle bemerkbar, über die der Autor kurz berichtet. Von den verschiedenen Theorien, die zur Erklärung der Kropfgenese vorgebracht wurden, trifft auf die Verhältnisse in Sardinien keine in befriedigender Weise zu. Geologisch stellt der Montiferro eine reine Basaltformation dar, die den Eruptionen des Eocens entstammt, gehört also nicht zu den Formationen, auf denen nach den Angaben Birchers eine Kropfendemie entstehen kann. Die chemische Analyse des Trinkwassers ergab einen Salzgehalt, der etwas niedriger ist als die gewohnten Zahlen, Ammoniak fehlt. Nitrite nur in Spuren und nur spärlicher Sauerstoffgehalt. Die radioaktive Eigenschaft ist sehr gering, die bakteriologische Untersuchung ergab nur eine geringe Menge nicht pathogener Keime. Die Anlage der Wasserleitung macht Verunreinigungen unmöglich, so daß auch nicht an eine Verschleppung einer Infektion durch das Wasser gedacht werden kann. Gegen die heute am meisten ansprechende Theorie, die in dem Jodmangel einer Gegend die Ursache der Kropfbildung vermutet, spricht in Sardinien das durchaus verschiedene Verhalten von Ortschaften, die in nächster Nachbarschaft voneinander liegen und mit dem gleichen Trinkwasser versorgt

Digitized by Google

werden, weiterhin das Vorkommen von Kropfherden in der Nähe des Meeres, ohne daß irgendein Unterschied in der Verbreitung und Intensität der Endemie je nach der größeren oder geringeren Entfernung vom Meere festgestellt werden könnte. Ein Herd sitzt geradezu an der Küste. Versuche mit Jodmedikation erzielten gute Resultate, die Einführung einer allgemeinen Kropfprophylaxe durch Anwendung jodierten Salzes steht bevor. *Ed. Gamper* (Innsbruck).

Tsukamoto, Eishichiro: Hormonale und pharmakologische Beeinflussung der Sauerstoffzehrung des Blutes. I. Beziehungen der Funktion der Schilddrüse zum Sauerstoffverbrauch des Blutes. (*Med. Klin., Tohoku-Univ. Sendai.*) Tohoku journ. of exp. med. Bd. **6**, H. 3/4, S. 286—298. 1925.

Experimentelle Untersuchungen an Kaninchen durch Bestimmung des Sauerstoffverbrauches mit dem Barcroftschen Differentialblutgasapparat, wobei das Blut des mit Schilddrüsenpräparat (0,1 g Thyreoidin Parke-Davis) gefütterten Kaninchens gesteigerten, das des thyreoektomierten Kaninchens verminderten Sauerstoffverbrauch aufwies. Untersuchungen des Blutes von Basedowkranken ergab im Vergleich zu Normalfällen gleichfalls gesteigerten Sauerstoffverbrauch, wobei sich diese Störung als unabhängig von der Beschaffenheit des Blutplasma erwiesen, da die gleichen Veränderungen gefunden wurden, wenn das Blut vorher mit physiologischer Kochsalzlösung gewaschen war. Somit ist die auf das Schilddrüsenhormon zu beziehende Beschleunigung und Steigerung bzw. Verzögerung und Verlangsamung der Gewebsatmung auf Veränderungen biologischer Eigenschaften der Blutkörperchen zurückzuführen. *M. Meyer* (Köppern i. T.).

Wagner-Jauregg, J.: Kropfprophylaxe durch Vollsalz. Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 48, S. 1277—1280. 1925.

In Österreich wurde im Herbst 1923 nach dem Schweizer Muster zur Kropfprophylaxe das sog. Vollsalz, das auf 1 kg Kochsalz 5 mmg Jodkali enthält, eingeführt. Gegen die Verwendung dieses Salzes wurden nun mehrfach, auch von ernst zu nehmender Seite Bedenken geäußert, zu denen Wagner in seinem Vortrag Stellung nimmt. Es wird behauptet, daß mit der Einführung des jodierten Salzes die Jodschädigungen ungemein zugenommen haben. W. bestreitet diese Angaben nicht, der Zusammenhang ist aber ein anderer: unter dem Publikum, das durch die wiederholten Besprechungen der Kropffrage auf Jodtherapie aufmerksam gemacht wurde, hat vielfach eine wilde Kropfbehandlung Platz gegriffen, bei welcher verschiedene, von der Industrie angebotene und angepriesene Jodpräparate, häufig in höchst bedenklicher Dosierung, verwendet wurden. Um diese Gefahr auszuschalten, ist neben einer unermüdlichen Aufklärung des Publikums ein strenges Verbot, jodhältige Mittel ohne ärztliche Verordnung zu verkaufen, vonnöten. — Nach den Behauptungen von Wiesel sind Jodschäden aber auch bei Gebrauch des Vollsalzes vorgekommen, in der Schweiz ebenso wie in Österreich. Demgegenüber kann W. darauf hinweisen, daß die Ergebnisse der Enquete, welche die schweizerische Kropfkommission über das Vorkommen von Basedowfällen und deren Zusammenhang mit der Jodbehandlung veranstaltet hat, bisher noch nicht überprüft sind. Die alarmierenden Nachrichten, die über das Ergebnis dieser Enquete in der Presse auftauchten, entstammen einer indiskreten Verwendung des nicht gesichteten Materials. Ähnlich liegen die Verhältnisse in Österreich: man darf nicht alle behaupteten Schädigungen gläubig hinnehmen, sondern muß die amtliche Untersuchung der Fälle auf ihre Richtigkeit verlangen, um zuverlässige Unterlagen für die Beurteilung der Frage, ob Jodschäden als direkte Folgen der Jodprophylaxe auftreten können, zu gewinnen. Es wurde weiter behauptet, daß es Menschen gibt, die auch durch die kleinsten Jodmengen, also auch durch die Mikrodosen des Vollsalzes, geschädigt werden. Zu dieser Anschauung bemerkt W., daß nach den Untersuchungen von Fellenberg die tägliche Jodausscheidung eines Menschen durch den Urin in einem kropffreien Juradorf 64 γ (γ = 1 Millionstel Gramm, in den benachbarten kropfverseuchten Dörfern 19 γ resp. 17 γ beträgt, also eine Differenz von 45—47 γ.

Digitized by Google

Da nun der Mensch mit dem Vollsalz täglich 40 γ Jod zu sich nimmt, liegt die Jodmenge des Vollsalzes innerhalb der physiologischen Grenzen des täglichen Jodstoffwechsels. Man müßte also folgern, daß jodempfindliche Menschen, wenn auf sie wirklich die Jodmikrodosis schädlich wirkt, beim Übergang aus einem jodarmen in einen jodreichen Ort Jodschädigungen erfahren könnten. Das kommt aber, wie De Quervain nach seinen Erfahrungen bestätigen konnte, nicht vor. Exakt nachweisen läßt sich nach dem Gesagten eine Jodschädigung ausschließlich durch den Gebrauch des Vollsalzes schwer. Die Menschen nehmen ja Jod nicht bloß mit dem Vollsalz, sondern auch mit der Nahrung zu sich und ein Wechsel in der Ernährung könnte Schwankungen in der täglichen Jodzufuhr, wie sie durch Gebrauch oder Nichtgebrauch des Vollsalzes täglich herbeigeführt wird, bedingen. Endlich darf nicht vergessen werden, daß Basedow auch ohne allen Jodgebrauch auftritt, daß also nach den Gesetzen der Wahrscheinlichkeit in einem Lande, dessen Bevölkerung Vollsalz nimmt, eine gewisse Zahl von Basedowfällen vorkommen muß, die dann nur zu leicht auf die Rechnung des Vollsalzes geschrieben wird. Wenn auch gewisse Beobachtungen verläßlicher Ärzte aus der letzten Zeit das Auftreten von Jodschädigungen nach Gebrauch des Vollsalzes kaum bestreiten lassen, glaubt W. doch, daß die Sammlung von Einzelfällen nie zu einem einwandfreien Urteil über das Maß der möglichen Gefährlichkeit des Vollsalzes führen wird. Hier kann nur das Experiment entscheiden. Kaspar, der 300—400 Kropffälle mit Jodmikrodosen behandelte, sah nur einen einzigen Fall, in dem die Dosis des Vollsalzes eine Schädigung herbeigeführt hat. W. will die Versuche in der Richtung fortsetzen, daß er hyperhyreotische Versuchspersonen mit und ohne Kropf unter sicherer Kontrolle mit der Joddosis behandelt und neben genauer klinischer Beobachtung den Grundumsatz bestimmt. Endlich widerspricht W. der Behauptung Wiesels, daß die Schilddrüsenvergrößerungen der letzten Jahre mehr dem Bilde des Basedow, weniger der kretinischen Entartung entsprechen. Nach W. Erfahrung fehlen in der überwiegenden Zahl der Fälle die Zeichen des Hyperthyreoidismus. Im übrigen gehören sowohl die basedowischen Formen, wie die Kröpfe mit kretinischer Entartung der Kropfendemie an. Die kretinische Entartung ist eine Folge der Kropfendemie, sie tritt aber erst in der zweiten Generation auf, die vom Kropfigen abstammt. Was wir heute sehen, stellt die erste Generation dar und wie sich die Zukuft gestalten wird, wissen wir noch nicht. Zum Schluß beschäftigt sich W. mit der Frage der Herstellung eines Vollsalzes von beständigem Jodgehalt. Durch wiederholte Untersuchungen erscheint festgestellt, daß das Vollsalz bei längerem Lagern auf noch nicht ganz aufgeklärtem Wege Jod verlieren kann, u. zw. bis zu 50% des ursprünglichen Gehaltes. Der wirkliche Jodkonsum bei Anwendung des Vollsalzes ist jedenfalls kleiner als er theoretisch errechnet wird; erstens verliert das Salz beim Lagern einen Teil des Jodes und zweitens muß berücksichtigt werden, daß nicht die gesamten Nahrungsmittel mit Vollsalz bereitet werden. Der Jodkonsum dürfte im besten Falle kaum mehr als 0,00002—0,00003 g Jodkali pro Kopf und Tag betragen. Ob diese Jodmengen zu einer wirksamen Kropfprophylaxe ausreichen, muß erst die Erfahrung lehren. Daß aber solche minimale Dosen, die weit unterhalb der Jodmengen liegen, die der Mensch in kropffreien Gegenden ohnehin zu sich nimmt, in einer nennenswerten Zahl von Fällen ernstlich schaden sollten, erscheint W. nicht glaubwürdig. *Ed. Gamper.*

Lucien, M., J. Parisot et G. Richard: Essai de classification des états thyroïdiens. (Versuche einer Klassifikation der Schilddrüsenstörungen.) Rev. franç. d'endocrinol. Jg. 3, Nr. 1, S. 1—8. 1925.

In dem vorliegenden Aufsatz, der einen Auszug aus dem 1. Band einer demnächst erscheinenden Endokrinologie darstellt, nehmen die Autoren Stellung zu den Begriffen der Hyper- und Hypothyreoidie. Gestützt auf die Untersuchungen und Anschauungen französischer Forscher vertreten die Autoren die Auffassung, daß sich Myxödem und M. Basedow nicht scharf trennen lassen, sondern in inniger Verwandtschaftsbeziehung stehen und aufzufassen sind als Ausdruck einer Dysthyreoidie. Es gebe nur einen

Digitized by Google

reinen Typus, d. i. die operative oder kongenitale Athyreoidie. Bei den inkompletten Formen sei das Syndrom der Athyreoidie nicht vollkommen, sondern vermengt mit anderen Symptomen, die dadurch bedingt sind, daß die Schädigung die Drüse nicht so schwer getroffen hat, um die Sekretion ganz zu unterdrücken. Soweit die Drüse noch funktioniere, handle es sich um eine qualitativ und quantitativ vom Normalen abweichende Sekretion. Bei den verschiedenen Formen von Basedow liege gleichfalls eine qualitative Veränderung der Sekretion vor, die bestimmte neurohumorale Reaktionen, Erscheinungen von seiten des vegetativen Nervensystems und Rückwirkungen auf das Endocrinium im Gefolge habe, die das klinische Bild in eigenartiger Weise komplizieren. Es handle sich hier meist um ein pluriglanduläres Syndrom. Die Autoren teilen demnach die Schilddrüsenstörungen ein: 1. Myxödem oder vollständige Insuffizienz der Schilddrüse oder Athyreoidie. 2. unvollständige Insuffizienzen der Schilddrüse, 3. Basedomsyndrome. 2 und 3 sind Dysthyreoidien. *Ed. Gamper* (Innsbruck).

Gmelin, E., und H. L. Kowitz: Die Funktionsänderungen der erkrankten Schilddrüse unter dem Einfluß chirurgischer Therapie, gemessen durch respiratorische Stoffwechseluntersuchungen. (*Chir. u. med. Univ.-Klin., Hamburg-Eppendorf.*) Arch. f. klin. Chir. Bd. **137**, H. 2, S. 340—355. 1925.

Die Autoren stellten bei 35 Fällen von chirurgisch behandelten Schilddrüsenerkrankungen respiratorische Stoffwechseluntersuchungen an und kamen dabei zu folgenden Ergebnissen: Die Bestimmung des respiratorischen Gasstoffwechsels ist ein Maß für den jeweiligen Funktionszustand der Schilddrüse und ermöglicht es bei M. Basedow und anderen Hyperthyreosen die Schwere der Erkrankung zahlenmäßig zu bestimmen. Die Grundumsatzbestimmung entscheidet die Differentialdiagnose zwischen Schilddrüsenerkrankungen mit gesteigerter und solchen mit normaler Funktion, ferner die Trennung der Bilder des M. Basedow von klinisch ähnlich aussehenden Neurosen. Die Bestimmung des Grundumsatzes ermöglicht, den Grad der Wirksamkeit einer eingeleiteten Therapie nachzuweisen. *Ed. Gamper* (Innsbruck).

Wiesel, J.: Über Zunahme des Morbus Basedow und von Thyreosen in Wien nebst Bemerkungen über die Jodtherapie obiger Syndrome. (*Kaiser Franz Josef-Spit., Wien.*) Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 39, S. 1445—1448. 1925.

Verf. beobachtete, daß in der letzten Zeit in Wien der Kropf entschieden häufiger beobachtet wird als früher, und zwar handelt es sich bei den Fällen von juveniler Struma, die in seine Beobachtung kamen, meistens um Basedow-Fälle. Bei einigen Fällen fand Verf. den für Chlorose typischen Blutbefund. Da die Chlorose an sich fast verschwunden ist, gibt er dem Gedanken Ausdruck, ob nicht der juvenile Basedow an Stelle der Chlorose getreten sei, mit der er ja durch eine Reihe von endokrinen Erscheinungen klinisch verknüpft ist. Was die Therapie anlangt, so steht Verf. mit Bircher, Müller und anderen auf dem Standpunkt, daß zur Zeit durch die unkontrollierte Darreichung von Jod mehr geschadet als genützt wird sowohl durch die kleinen Joddosen in Gestalt des Vollsalzes als auch durch die großen Joddosen, wie sie Plummer und Boothby beim Basedow anwenden. Ob es eine Gruppe von Hyperthyreosen gibt, bei denen das Jod indiziert ist, muß noch sichergestellt werden. Im höheren Lebensalter handelt es sich vielleicht um Erscheinungen des chronischen Jodismus, wenn nach langem Jodgebrauch bei Gefäßerkrankungen sich eine zunehmende Kachexie auch bei Nichtkropfigen entwickelt. Vor allem will Verf. darauf hinwirken, daß die allgemeine Darreichung jodierten Salzes einer eingehenden Revision unterzogen wird.

Erich Guttmann (München).

Shephard, John Hunt: Factors influencing the morbidity and mortality of exophthalmic goiter. (Über die Faktoren, die die Morbidität und Mortalität beim Basedowkropf beeinflussen.) California a. Western med. Bd. **23**, Nr. 9, S. 1146—1149. 1925.

Verf. bespricht verschiedene Statistiken über Kropfoperationen. Er setzt sich für eine genauere Klassifikation der Kropferkrankungen ein, vor allen Dingen für eine

Digitized by Google

Diagnose der Basedowschen Krankheit, bevor Exophthalmus und Herzerscheinungen auftreten. Man muß auf die nervösen Erscheinungen und die Symptome des erhöhten Stoffwechsels sowie auf den Tremor achten. Basedowfälle sollen früh operiert werden und das Verhalten der Kranken nach der Operation sorgfältig überwacht werden. Bei dem augenblicklichen Stand unserer Kenntnisse erscheint die Operation immer noch die beste Behandlungsmethode. In der anschließenden Diskussion dieses Vortrages wird dem Verf. im allgemeinen beigepflichtet. Empfohlen wird Vorbehandlung mit Lugolscher Lösung und es wird davor gewarnt, die Darreichung des Medikaments zu unterbrechen. *Josephy* (Hamburg).

Pollitzer, Hanns, und Ernst Stolz: Die Gaswechselreaktionen und ihre Bedeutung für die Pathologie und die Indikationen der Therapie des Morbus Basedowii. (*II. med. Univ.-Klin. Wien.*) Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 44, S. 2114—2115. 1925.

Grundumsatzsteigerungen können peripherer und pathogener Natur sein. Um sie zu unterscheiden, machen die Verff. folgende Überlegungen: Der Grundumsatz ist konstitutionell bis auf gewisse Schwankungen konstant; die Verff. nennen dies das biodynamische Grundgesetz. Aber auch die spezifisch-dynamische Wirkung ist konstant, und dies bezeichnen die Verff. als proteindynamisches Grundgesetz I. Aus diesen beiden Gesetzen folgt, daß die spezifisch-dynamische Wirkung ein reziproker Wert des Grundumsatzes ist oder daß: Grundumsatz × spez.-dyn. Eiweißwirkung in % = konstant ist. Normalerweise wird diese Zahl, die die Verff. auch Gaswechselindex nennen, 0—70 betragen. Es lassen sich so 2 Basedowformen unterscheiden: Die Form A mit dem Index 0—70, bei der Jod verpönt ist und bei der Bestrahlung und Resektion angewendet werden müssen, und die kolloidarme Form B mit dem Index 70—100, bei der in erster Linie große Jodgaben intramuskulär verabreicht werden müssen. Knotige kolloidarme Kröpfe sind trotz niedrigen Grundumsatzes mit Jod zu behandeln. *V. Kafka* (Hamburg).

Adlersberg, D., und O. Porges: Über die Behandlung des Morbus Basedow mit Ergotamin (Gynergen). (*I. med. Univ.-Klin., Wien.*) Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 31, S. 1489—1493. 1925.

Der augenscheinliche Gegensatz in der pharmakologischen Wirkung des Ergotamins und des Thyroxins veranlaßte die Verf., das erstere in Form des Ergotamintartrats (Gynergen) zur Behandlung des Basedow heranzuziehen. Bei vorsichtiger, kritischer Würdigung ihrer Beobachtungen fanden die Verf. bei 15 Fällen weitgehende, bei 4 Fällen mäßige und bei 3 Fällen gar keine Besserung, die sich an der Herabsetzung des Grundumsatzes, Gewichtszunahme, Hebung des Allgemeinzustandes und an einzelnen anderen Symptomen zeigte. Am wenigsten läßt sich die Tachykardie beeinflussen. Von einer Heilung ist aber schon deswegen nicht zu sprechen, weil es gewöhnlich nach Monaten zu Rückfällen kommt. Aber schon die beobachteten Remissionen ermuntern zu einer Nachprüfung der Methode. (Dosierung 0,25 mg subcutan oder 1 mg per os, 2—3 mal täglich je nach der individuellen Reaktion. *Erich Guttmann.*

Prusciano, F.: La Röntgenterapia nella malattia di Basedow. (Risultati ottenuti in 29 soggetti.) (Röntgenbehandlung beim Morbus Basedow.) (*Istit. Röntgen-foto-elettroterap., Taranto.*) Arch. di radiol. Bd. 1, H. 4, S. 633—638. 1925.

Bericht über 29 Fälle. 15 Fälle von echtem Basedow wurden mit sehr gutem Erfolg bestrahlt, unter 8 Fällen von Forme fruste blieben drei ungebessert. Sehr guten Erfolg hatte die Therapie in einem Falle von Forme fruste des Basedow mit Sklerodermie. In einem Falle von Struma wurden durch die Bestrahlung zunächst Erscheinungen von Hyperthyreoidismus, hierauf Symptome der Schilddrüsen-Hypofunktion ausgelöst. Bei diffusen und adenomatösen Strumen hält der Autor daher die Röntgentherapie für nicht angezeigt.

Erwin Wexberg (Wien).

Boothby, Walter M., Irene Sandiford, Kathleen Sandiford and Jean Slosse: The effect of thyroxin on the respiratory and nitrogenous metabolism of normal and myxedematous subjects. I. A method of studying the reserve or deposit protein with a preli-

Digitized by Google

minary report of the results obtained. (Die Wirkung von Thyrotoxin auf den respiratorischen und Stickstoffstoffwechsel bei normalen und myxödematösen Menschen.) (*Sect. on clin. metabolism, Mayo clin. a. Mayo found., univ. of Minnesota, Rochester.*) Ergebn. d. Physiol. Bd. 24, S. 728—756. 1925.

Die Autoren führten bei einem normalen und zwei myxömatösen Individuen, die unter bestimmter Diät gehalten wurden, fortlaufende, sehr exakte Stoffwechseluntersuchungen durch, um die Wirkung von Thyrotoxin bzw. getrockneter Schilddrüse auf die verschiedenen Stoffwechselvorgänge des Körpers, wie sie in den Änderungen des Gasstoffwechsels und der Spaltungsprodukte im Urin und Blut zutage treten, festzustellen. Nach den Ergebnissen dieser Untersuchungen bedingt Thyrotoxin eine Steigerung der Wärmeproduktion in ganz bestimmter, quantitativ genau verfolgbarer Art, die sich in mathematische Formeln fassen läßt. Gleichzeitig mit dem Ansteigen der Wärmeproduktion beginnt eine vermehrte Stickstoffausscheidung, der eine negative Stickstoffbilanz entspricht. Sobald die Wärmeproduktion ihr Maximum erreicht hat und in dieser Höhe durch die tägliche Verabfolgung einer geeigneten Menge von Thyrotoxin gehalten wird, sinkt die Ausscheidung des Harnstoffs und Gesamtstickstoffs allmählich ab, bis am Ende von 2 oder 4 Wochen das Stickstoffgleichgewicht wieder erreicht ist, aber mit einem niedereren Spiegel von Reserveeiweiß und einem höheren der Wärmeproduktion. Während der Periode der hohen negativen Stickstoffbilanz erfolgt eine leichte, vorübergehende Ausscheidung von Kreatin, das bei wieder erreichtem Stickstoffgleichgewicht aus dem Urin verschwindet. Veränderungen in der Harnsäureausscheidung wurden nicht beobachtet. Ein interessanter Zusammenhang wurde gefunden zwischen dem Gewichtsverlust des Körpers und dem Verlust an Wasser und der Summe der täglichen negativen Stickstoffbilanz; in den drei Experimenten war das Verhältnis Stickstoff zu Wasser 1,9, 2,0 und 1,9%. Diese Tatsache legt nahe, daß das Ödem der Myxomatösen eine eiweißhaltige, kolloidale Flüssigkeit ist, deren Stickstoff-Wasserverhältnis das des Blutserums übersteigt und übereinstimmt mit dem Verhältnis des Eiweißes, das ungefähr 2% Stickstoff enthält, dagegen wesentlich tiefer ist als das Verhältnis beim Muskel, der über 3% Stickstoff führt. Bei myxömatösen Kranken besteht sonach ein Überschuß an derartiger eiweißreicher Flüssigkeit und diesem Überschuß entspricht offenbar eine Vermehrung des Reserveeiweißes. Bei der normalen Versuchsperson trat nach Thyrotoxin keine Veränderung im Reststickstoff des Blutes auf, bei den zwei myxömatösen Kranken stieg der Blutharnstoff an unter gleichzeitiger Steigerung des Reststickstoffes. Die Erhöhung des Blutharnstoffs war nur vorübergehend und fiel zeitlich zusammen mit der hohen Stickstoffausscheidung; sie war offenbar bedingt durch die Mobilisation des Ödems. Die Untersuchungsergebnisse weisen darauf hin, daß Thyrotoxin keine nachweisbaren Veränderungen in dem eigentlichen endogenen Eiweißstoffwechsel nach sich zieht, sondern nur eine vorübergehende Steigerung der Harnstoffausscheidung bedingt, die einer Abnahme des Depoteiweißes entspricht. Die Verabreichung von Thyrotoxin oder getrockneter Schilddrüse an normale oder myxömatöse Individuen, die unter konstanter Eiweißzufuhr gehalten werden, bietet somit eine neue Methode, um das Depoteiweiß des Körpers zu studieren.

Ed. Gamper (Innsbruck).

Sergent, Emile: Relations pathogénétiques du myxœdème fruste de l'adulte avec l'insuffisance ovarienne ou testiculaire. (Pathogenetische Beziehungen zwischen dem Myxödem fruste des Erwachsenen und der Insuffizienz der Ovarien oder Testikel.) Rev. franç. d'endocrinol. Jg. 3, Nr. 3, S. 154—162. 1925.

Der Autor berichtet über zwei Fälle von Myxödem fruste; im einen Falle traten die Erscheinungen bei einer Frau zur Zeit der Menopause auf, im zweiten Fall bei einem 30jährigen Manne im Gefolge einer Kastration (Kriegsverletzung). Sergeant schließt aus diesen Beobachtungen auf enge Beziehungen zwischen den Keimdrüsen und der Schilddrüse in dem Sinne, daß eine Insuffizienz der ersteren, sei sie nun physiologisch wie in der Menopause oder pathologisch wie bei der Kastration, eine Insuffizienz der Schilddrüse zur Folge haben kann.

Ed. Gamper (Innsbruck).

Digitized by Google

Genitalorgane:

Nukariya, Seiichi: Keimdrüse und Hypophyse. (Vorl. Mitt.) (*Physiol. Inst., dtsch. Univ., Prag.*) Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 27, S. 1307—1308. 1925.

Kurze Mitteilung über die Herkunft der nach Kastration in der Hypophyse der Ratte auftretenden Kastrationszellen. Die 20—25 μ großen Zellen, deren Hauptbestandteil eine fast homogene, kolloidartige Masse bildet, leiten sich von den barophilen Zellen her, deren Merkmale, unter welchen besonders ein im Protoplasma gelegener sphärenartiger Hof zu erwähnen ist, sich auch an den in Bildung begriffenen „Kastrationszellen" wieder finden. *B. Romeis* (München).°°

Pettinari, Vittorio: Sur l'antagonisme des glandes sexuelles masculine et féminine. (Über den Antagonismus der männlichen und weiblichen Keimdrüse.) (*Inst. Camillo Golgi et laborat. de pathol. gén., univ., Pavie.*) Rev. franç. d'endocrinol. Jg. **3**, Nr. 3, S. 163—171. 1925.

Überpflanzung eines Ovars auf ein Tier mit funktionsfähiger weiblicher Keimdrüse gelingt nicht. Analoges gilt auch vom Testis. Daraus ergibt sich, daß man aus dem Scheitern der Überpflanzungsversuche von Ovarien auf männliche Tiere mit erhaltener Hodenfunktion nicht auf einen Antagonismus der männlichen und weiblichen Keimdrüse schließen darf. Das Überpflanzen einer Blutdrüse hat überhaupt zur Voraussetzung, daß das Hormon der zu überpflanzenden Drüse dem Tier fehlt. Bei alten Tieren übt die Überpflanzung einer Keimdrüse, gleich ob es sich um die weibliche oder männliche handelt, eine allgemeine, unspezifische Wirkung auf alle Organe aus. Dabei reagiert der alte Körper auf beide Keimdrüsen gleich. *Boenheim* (Berlin).

Wang, Ging H., Curt P. Richter and Alan F. Guttmacher: Activity studies on male castrated rats with ovarian transplants, and correlation of the activity with the histology of the grafts. (Studien über die Aktivität kastrierter männlicher Ratten mit Ovarialtransplantaten und die Beziehungen der Aktivität zu der Histologie der Transplantate.) (*Anat. laborat., Johns Hopkins med. school, Baltimore a. dep. of anat., univ., Rochester.*) Americ. journ. of physiol. Bd. **73**, Nr. 3, S. 581—599. 1925.

Die Aktivität kastrierter Ratten bleibt in jedem Alter gering. Es gibt charakteristische Geschlechtsdifferenzen: beim Weibchen existiert ein Viertagezyklus, beim Männchen nicht. Das Weibchen bleibt überhaupt beweglicher. Transplantiert man den kastrierten Männchen Ovarien, so steigt im allgemeinen ihre Aktivität. Bei einigen kommt es zu einem ähnlichen Zyklus wie bei normalen Weibchen. Bei einem Teil der operierten Tiere wurde durch die Transplantation der sonst erfolgende Gewichtsanstieg hintangehalten; das Gewicht stieg aber, wenn das Transplantat wieder entfernt wurde. Bei den histologischen Untersuchungen zeigte sich, daß bei den Tieren, die merkliche Veränderung entweder ihrer Aktivität oder ihrer Gewichtskurve gezeigt hatten, typische Ovarialzellen nachweisbar waren. Dagegen ließ sich eine Beziehung zwischen der Größe der Veränderungen und der Art und der Anzahl der Zellen nicht direkt nachweisen. Auch der Versuch, die Unterschiede durch verschiedene Vascularisation der Transplantate zu erklären, ließ sich histologisch nicht stützen.

Erich Guttmann (München).

Steinach, E., H. Heinlein und B. P. Wiesner: Auslösung des Sexualzyklus, Entwicklung der Geschlechtsmerkmale, reaktivierende Wirkung auf den senilen weiblichen Organismus durch Ovar- und Placentaextrakt. Versuche an Ratten und Meerschweinchen. (*Biol. Versuchsanst., Akad. d. Wiss., Wien.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **210**, H. 4/5, S. 598—611. 1925.

Bei Prüfung von Ovarialextrakten hat man zu berücksichtigen, daß die charakteristische Funktion des Ovariums die Auslösung der rhythmischen Veränderungen im weiblichen Organismus, des sogenannten Sexualzyklus ist. Ferner sind die Extrakte darauf zu prüfen, ob sie die Entwicklung der Geschlechtsmerkmale bei Infantilkastraten auslösen und ob reaktivierende Wirkungen bei senilen Tieren auftreten. Die Verff.

Digitized by Google

haben aus Ovarial- bzw. Placentarsubstanz einen wirksamen Extrakt dargestellt, der bei kastrierten Weibchen den normalen Brunstzyklus wieder herstellen kann. Bei senilen Tieren bewirkt er eine weitgehende Regeneration des atrophischen Gewebes von Uterus und Vagina und ruft für einige Monate wieder einen typischen Brunstzyklus hervor. Bei infantil kastrierten Meerschweinchenweibchen läßt sich mit Hilfe des Extraktes der Mammaapparat zur Entwicklung bringen. Die Standardisierung des Extraktes ist noch nicht endgültig. Zondek und Aschheim sowie S. Löwe haben ähnliche Extrakte dargestellt. *Erich Guttmann* (München).

Claude, F., et H. Saleur: Asthme et troubles ovariens. (Asthma und Ovarialstörungen.) Rev. franç. d'endocrinol. Jg. 3, Nr. 2, S. 115—123. 1925.

Die Beziehungen des Asthma zu endokrinen Störungen sind bekannt; besonders wird von neueren Autoren auf die Zusammenhänge der Anfälle mit den Sexualvorgängen bei der Frau hingewiesen. Bericht über eine Patientin, die mit der Menarche an Asthma erkrankte, das anfangs nur während der Menses auftrat und mit dysmenorrhoischen Erscheinungen einherging. Bei einer Appendektomie wurden bioptisch Veränderungen der Ovarien festgestellt. Nach der Operation Heilung. *Erich Guttmann.*

Ixxo, Roque: Weiblicher Eunuchoidismus. Riv. de criminol. psiquiatria y med. leg. Jg. 12, Nr. 71, S. 599—616. 1925. (Spanisch.)

Verf. beschreibt als Gerodermia ovario-dystrophica eine 38jährige Frau, deren körperlich-psychische Eigenheiten mit den entsprechenden Umkehrungen (männliches statt weibliches Becken, ausgesprochene ovarielle und sonstige genitale Hypoplasie [Uterus, Scheide, Vulva], Fehlen der charakteristischen weiblichen Fettablagerungen, tiefer, wenn auch nicht ausgesprochen männlicher Stimme usw.) alle Eigenheiten der bei männlichen Individuen als Gerodermia genito-dystrophica beschriebenen Form des Eunuchoidismus darbietet: relativ kleiner Wuchs, Mißverhältnis zwischen kurzem Rumpf und langen Extremitäten (besonders Armen), persistierende Epiphysenknorpel, zarte lange Röhrenknochen, unterentwickelte Muskulatur, mangelhaften Haarwuchs an Genitale und Achselhöhlen, dünne, trockene, verschiebliche Haut, Genu valgum, Kyphoskoliose, Fehlen der spezifischen psychisch-sexuellen Eigenart und Neigungen des betr. Geschlechtes und ausgeprägtes Greisengesicht mit faltiger, gelblich-pergamentartiger Haut. *Pfister* (Berlin-Lichtenrade).

Benjamin, Harry: Neue klinische Ergebnisse der Vasoligatur nach Steinach. Bericht über 114 Fälle. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 135, H. 1, S. 58—83. 1925.

Beobachtungen an 114 Fällen, die teils zur Altersbekämpfung, teils zur Beeinflussung des endokrinen Systems operiert wurden. Die hauptsächlichste Indikation für die Vasoligatur war und bleibt immer: das Altern. Abnahme der inkretorischen Funktion der Keimdrüsen ist wahrscheinlich nur eine der vielen, aber wohl eine der wichtigsten Ursachen des Alterns. Die Fälle von juveniler Impotenz, die für die Steinachsche Operation in Betracht kommen, sind nur die, welche somatische Zeichen von Hypogonadismus aufweisen, zu dessen Diagnose der anatomische Zustand der Hoden als besonders wichtig erscheint. Außer bei dieser somatischen Form der juvenilen Impotenz würde die Operation nur als ultima ratio für solche Fälle von funktioneller Impotenz in Betracht kommen, bei denen alle anderen Behandlungsmethoden fehlgeschlagen sind. Namentlich wird das Symptom der Ejaculatio praecox kaum je durch Vasoligatur beeinflußt — speziell nicht durch die einseitige —, weil dieses Symptom offenbar nicht endokrin, sondern entweder rein psychisch bedingt ist, oder aber auf einen entzündlichen Prozeß in der hinteren Harnröhre zurückgeführt werden muß. Beruht die Impotenz auf frühzeitiger oder physiologischer Senilität, so bildet diese letztere die Indikation für die Operation und nicht die Impotenz. Eine ausreichende Indikation zur Steinachschen Operation besteht, wenn der Zustand des Patienten ganz oder teilweise auf einer angeborenen oder erworbenen inkretorischen Insuffizienz der Gonaden beruht. Dieselbe kann sich vornehmlich in der Symptomensphäre anderer endokriner Drüsen ausdrücken. Ferner gehört zur Indikation die Aussicht, durch Unterbindung des Vas deferens den nötigen Stauungsdruck im Hoden erzeugen zu können. Kontraindikationen: Schwere Störungen des Herzens und Gefäßsystems, weit vorgeschrittene Senilität mit ausgesprochener Hodenatrophie und Aspermie, bei der keine

Digitized by Google

Aussicht bestünde, durch Unterbindung des Vas eine Stauung hervorzurufen, durch organische Erkrankungen stark geschwächter Organismus. Die Operation ist sonst nie mit Nachteilen verknüpft. Es kann manchmal gerade aus dem Erfolg der Operation, nicht aus der Operation selbst, Schaden erwachsen, indem der gealterte Mann leicht in Versuchung kommt, seine wiedererworbenen Kräfte zu mißbrauchen (vgl. auch Arbeit des Ref. in dies. Zentrlbl. **25**, 438). Die doppelseitige Unterbindung ist überlegen, sie wirkt meist schneller und stärker und ist da vorzunehmen, wo eine Fortpflanzung nicht mehr in Frage kommt, so bei wirklicher Senilität. Einseitige Unterbindung wird dort die Methode der Wahl sein, wo eine langsame „tonische" Wirkung erwünscht ist oder — wie in Fällen vorzeitiger Senilität bei Männern in mittleren Jahren — die Fortpflanzungsfähigkeit erhalten bleiben soll. „Die Steinachsche Operation ist kein Allheilmittel und keine „Wunderkur", sie besitzt aber einen bestimmten bedeutenden Wert zum Ausgleich endokriner Störungen, zur Behebung von Alterserscheinungen und Verlängerung der Leistungsfähigkeit." (Wenngleich Verf. im Anfang seiner Arbeit sagt, er habe sich bemüht, die Resultate eher zu unter- als zu überschätzen, so erscheinen die Ausführungen doch reichlich optimistisch. Ref.)

Kurt Mendel.

Infantilismus, Nebennieren und Adrenalin, Addison:

Porak, René: La glande cortico-surrénale. (Die Nebennieren-Rindendrüse.) Rev. franç. d'endocrinol. Bd. **3**, Nr. 4, S. 249—256. 1925.

Porak hat früher schon auf die Bedeutung der Lipoide der Nebennierenrinde hingewiesen; er setzt jetzt seine Studien in zwei Richtungen fort. Er untersucht nämlich einerseits den Cholesterinstoffwechsel nach Entfernung der Nebenniere und anderseits die Wirkung von Injektionen reiner Corticalissubstanz auf normale Versuchstiere. Die Ergebnisse der Versuche mit Entfernung einer oder beider Nebennieren sind nicht eindeutig; sicher aber ist, daß nach Abtragung der Drüsen schwere Veränderungen im Cholesteringehalt des Blutes und der Organe nachweisbar sind. Spritzt man den üblichen Laboratoriumstieren Extrakte aus Nebennieren-Rindensubstanz vom Hammel ein, so zeigen sich in deren Nebennieren Veränderungen, wie man sie sonst bei Infektionen oder Intoxikationen sieht. *Erich Guttmann* (München).

Ohara, Toshio: On the adrenalin hyperglycemia. I. report. The relation of adrenalin to the change of the glycogen content in the muscle. (Die Adrenalinhyperglykämie. 1. Mitteilung. Die Beziehung des Adrenalins zu der Veränderung des Glykogengehaltes im Muskel.) Tohoku journ. of exp. med. Bd. **6**, Nr. 1/2, S. 1—22. 1925.

Aus den mitgeteilten Experimenten zieht Verf. folgende Schlüsse: Selbst bei Tieren, deren Leber durch Hunger glykogenfrei gemacht worden ist, läßt sich durch Adrenalin eine Hyperglykämie erzielen. Durch wiederholte Injektionen von Adrenalin wird bei hungernden Kaninchen eine hochgradige Glykosurie und Hyperglykämie hervorgerufen; der Glykogengehalt in der Leber und im Muskel ist dabei ungefähr so hoch wie bei normalen Tieren. Es besteht kein Unterschied in der Resistenz dem Adrenalin gegenüber zwischen dem Leber- und dem Muskelglykogen. Vergiftet man Kaninchen mit Phosphor, so steigt der Glykogengehalt in Muskel und Leber beträchtlich an; die Adrenalinhyperglykämie ist darnach außerordentlich gering. Kurz, das Muskelglykogen ist ebenso wie das Leberglykogen der Mobilisation durch das Adrenalin unterworfen. *Erich Guttmann* (München).

Ohara, Toshio: On the adrenalin hyperglycemia. II. report. The effect of the removal of the liver on the adrenalin hyperglycemia and the glycogen content in the muscle. (Die Adrenalinhyperglykämie. 2. Mitteilung. Die Wirkung der Leberentfernung auf die Adrenalinhyperglykämie und den Glykogengehalt des Muskels.) Tohoku journ. of exp. med. Bd. **6**, Nr. 1/2, S. 23—40. 1925.

Die intravenöse Injektion von Adrenalin beim Hunde mit Eckscher Fistel ruft dieselbe Glykosurie und Hyperglykämie hervor wie die subcutane Adrenalininjektion; mit anderen Worten der Kohlehydratstoffwechsel des Eck-Fistelhundes unterscheidet

Digitized by Google

sich nicht weitgehend vom normalen. In diesem Falle müssen die Muskeln im Kohlehydratstoffwechsel die Rolle der Leber spielen. Auch beim leberlosen Kaninchen läßt sich die Adrenalinhyperglykämie erzeugen. Die Verminderung des Muskelglykogens ist wesentlich größer als bei Kontrolltieren, denen nur die Leber entfernt worden ist.
Erich Guttmann (München).

Abderhalden, Emil, und Ernst Gellhorn: Vergleichende Versuche über die Wirkung von l- und d-Adrenalin unter verschiedenen Bedingungen auf den Gaswechsel normaler und thyreopriver Mäuse. (*Physiol. Inst., Univ. Halle.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **210**, H. 4/5, S. 462—476. 1925.

Nicht immer ist von zwei stereoisomeren Körpern der eine im Organismus unwirksam. Von den beiden Isomeren des Adrenalins rufen am Warmblüter nach subcutaner Injektion beide qualitativ die gleiche Änderung des Gaswechsels hervor. In kleinen Konzentrationen wird der Sauerstoffverbrauch gesteigert, in großen unter gleichzeitigem Abfall der Körpertemperatur vermindert. In quantitativer Hinsicht bestehen aber große Unterschiede, da mindestens zehnfach so große Mengen von *d*- wie von dem im Organismus vorkommenden *l*-Adrenalin erforderlich sind, um die genannten Wirkungen auszulösen. Durch häufige Injektionen von *d*- oder *l*-Adrenalin tritt eine Gewöhnung für *l*-Adrenalin ein, die sich darin zeigt, daß für die ungewöhnte Maus tödliche Adrenalingaben bei der gewöhnten mit der sonst für kleine Adrenalinmengen charakteristischen Stoffwechselsteigerung beantwortet werden. Die Adrenalinresistenz thyreopriver Mäuse ist beträchtlich vermehrt. Durch Ermüdung der Tiere wird die Giftigkeit von Adrenalin ganz beträchtlich gesteigert. *Erich Guttmann* (München).

Stewart, G. N., and J. M. Rogoff: Studies on adrenal insufficiency. (Untersuchungen über Nebenniereninsuffizienz.) (*H. K. Cushing laborat. of exp. med., Western reserve univ., Cleveland.*) Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. **22**, April-H., S. 394—397. 1925.

Hunden werden zweizeitig die Nebennieren exstirpiert. Nach Ausscheidung der an Komplikationen verlorenen Tiere überleben die nicht behandelten 2—16 Tage, im Mittel 6 Tage; einige Tiere, die mit täglichen intravenösen Traubenzuckerinfusionen behandelt wurden, überlebten 12—34 Tage. Die operierten Tiere erkranken nach kurzer Zeit völligen Wohlbefindens mit völliger Appetitlosigkeit und im wesentlichen mit Erbrechen und Durchfällen, mit den Erscheinungen schwerer Magen-Darmstörungen. Schwäche der Extremitäten, breitspuriger und schwankender Gang sind erst in zweiter Linie charakteristische Symptome. Gelegentlich kommen auch Reflexsteigerung und Krämpfe vor. Zuletzt Pulsverlangsamung und Irregularität und, nicht immer, Untertemperaturen. Entsprechend dem Verlauf findet man autoptisch immer Schleimhautblutungen und -hyperämie im Magen-Darmkanal. Die Nebennieren erwiesen sich immer restlos entfernt, und es fanden sich keine akzessorische Nebennieren. Die Wirkung der Infusionen wird hauptsächlich auf Beseitigung toxischer Substanzen zurückgeführt; an moribunden Tieren sind sie wirkungslos. *K. Fromherz* (München).

Cornil, Lucien: Les céphalées du syndrome d'hypotension encéphalique et l'insuffisance surrénale. (Kopfschmerzen bei verringertem Hirndruck und Insuffizienz der Nebennieren.) Rev. franç. d'endocrinol. Bd. **3**, Nr. 4, S. 229—235. 1925.

Cornil geht davon aus, daß es ein Krankheitsbild der „Nebenniereninsuffizienz" gibt, das durch Kopfschmerzen, geistige Ermüdbarkeit, Neigung zu Somnolenz charakterisiert ist, und will hier Hilfe schaffen, indem er die vermeintliche Ursache des Symptomenbildes, nämlich die Erniedrigung des Hirndrucks, beseitigt. Sind seine Theorien auch reichlich anfechtbar, so erscheint sein Vorschlag, zur Vermeidung der Kopfschmerzen nach Lumbalpunktion Adrenalin zu geben, doch beachtenswert, zumal man mit dem bei uns üblichen Coffein doch nur meist, aber nicht immer diese Kopfschmerzen verhütet. *Stier* (Charlottenburg).

Tetanie und Spasmophilie:

Vignes, Henri: Les glandes parathyroïdes et la gestation. (Nebenschilddrüsen und Gestation.) Journ. méd. franç. Bd. **14**, Nr. 10, S. 386—387. 1925.

Die Parathyreoidektomie übt keinen direkten Einfluß auf die Sexualfunktionen aus. In der Schwangerschaft, und zwar in der ersten Hälfte, ist die Tetanie häufig und indiziert

Digitized by Google

in schweren Fällen sogar die Unterbrechung. Der Einfluß der mütterlichen Tetanie auf das Kind ist verschieden: Manche Kinder sind gesund, manche erkranken an Tetanie. Auch Totgeburten kommen vor; bei solchen sind Blutungen in den Epithelkörperchen gefunden worden. *Erich Guttmann* (München).

Campbell, J. Argyll: Tissue oxygen-tension with special reference to tetany and convulsions. (Die Sauerstoffspannung im Gewebe mit besonderer Berücksichtigung der Tetanie und anderer Krämpfe.) (*Nat. inst. f. med. research, Hampstead.*) Journ. of physiol. Bd. **60**, Nr. 5/6, S. 347—364. 1925.

Verf. bestimmt die Sauerstoff- und Kohlensäurespannung der Gewebe dadurch, daß er Luft in die Peritonealhöhle und ins Subcutangewebe einbringt und dann darin die Gasspannung mißt. Er fand: tetanische Krämpfe, aber auch Krämpfe nach KCN-, Strychnin- und Insulinvergiftung verursachen einen beträchtlichen Anstieg der Sauerstoffspannung. Die gleiche Wirkung hat jede Muskeltätigkeit. Gibt man die Gifte in so kleiner Dosis, daß sie keine Krämpfe verursachen, so fehlt auch die Wirkung auf die Sauerstoffspannung. Während der Krampfbereitschaft findet man oft eine Herabsetzung der Sauerstoffspannung im Gewebe, so daß Verf. annimmt, daß der Sauerstoffmangel die Krämpfe verursacht, und daß es der Zweck der Krämpfe ist, den Sauerstoffmangel zu beheben. Injektion von Wasser verursacht eine Abnahme der Sauerstoffspannung; intravenöse Injektionen von Salzlösungen (NHCl, CaCl, SrCl und NaCl) verursachen einen Anstieg der Sauerstoffspannung, einen Abfall der Kohlensäure. Bei Erhöhung der Körpertemperatur fällt die Kohlensäurespannung im Gewebe und steigt die Sauerstoffspannung unter der Haut. Die arterielle Kohlensäurespannung ist beim Kaninchen niedriger als die der einige Tage vorher injizierten Luft, sowohl unter der Haut als auch in der Bauchhöhle. Kurz nach der Injektion ist diese Differenz geringer. *Erich Guttmann* (München).

Sainton, Paul: La tétanie post-opératoire. (Die postoperative Tetanie.) Journ. méd. franç. Bd. **14**, Nr. 10, S. 371—377. 1925.

Übersichtliche Darstellung der postoperativen Tetanie. Verf. unterscheidet eine superakute, unmittelbar zum Tode führende Form, die akute und subakute, die 1 bis 3 Tage nach der Operation mit dem charakteristischen tetanischen, manchmal auch epileptiformen Anfällen auftritt und die chronische Form, einen latent-tetanischen Zustand, der von Zeit zu Zeit von Anfällen unterbrochen wird und mit den bekannten trophischen und Stoffwechselstörungen (die kurz resümiert werden) einhergeht. Für die Charakterisierung der Übererregbarkeit ist exakter als die galvanische Reizung die Bestimmung der Chronaxie: Im anfallsfreien Intervall ist zu beachten, daß nur ein Teil der Muskeln seine Chronaxie verändert, während andere normal erregbar bleiben. Vor dem Anfall steigt die Chronaxie bis auf das 3fache ihres früheren Wertes, erreicht den höchsten Wert im Anfall und sinkt dann wieder zur Norm. Nach einer kurzen Übersicht über die Tetanie beim Tier und die Theorie der Epithelkörperchenfunktion bespricht Verf. die Therapie der Tetanie. Nach einer ausgedehnten Thyreoidektomie, bei der man unter Umständen die hintere Kapsel nicht völlig schonen konnte, empfiehlt es sich, die exstirpierte Drüse genauestens zu revidieren und gegebenenfalls mit entfernte Epithelkörperchen zu reimplantieren. Im Anfall Calcium intravenös, später per os, ferner Ultravioletbestrahlung. *Erich Guttmann* (München).

Lesné, E., et R. Turpin: Les formes cliniques de la tétanie de l'enfant. (Die klinischen Formen der kindlichen Tetanie.) Journ. méd. franç. Bd. **14**, Nr. 10, S. 378-381. 1925.

Kurze zusammenfassende Darstellung der Erscheinungen der manifesten und der latenten Tetanie im Kindesalter. Die elektrische Übererregbarkeit wird gemessen an der Chronaxie: Die Tetanie geht einher mit einer Vermehrung der Chronaxie des Nerven und des Muskels mit Heterochronismus, d. h. einer mangelnden Übereinstimmung der Werte für die beiden Organe. Ferner ist für die Tetanie charakteristisch ein bestimmtes humorales Syndrom: Abnahme des ionisierten Kalkes im Plasma mit einer Störung im Säure-Basengleichgewicht im Sinne einer Alkalose, einer Zunahme des p_H. *Erich Guttmann* (München).

Digitized by Google

Wernstedt, Wilh.: Beiträge zur Kenntnis der spasmophilen Diathese. III. Mitt. Gibt es eine spasmophile Pseudopertussis? Acta paediatr. Bd. **5**, H. 1/2, S. 126 bis 143. 1925.

Bei einer Hausendemie von Reizhusten, die 73 Säuglinge umfaßte, wurde die galvanische Nervenerregbarkeit der Kinder verfolgt. Es zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Intensität des Hustens und der Nervenerregbarkeit. Die von dem leichtesten Husten befallenen Kinder wiesen sich bei der elektrischen Prüfung am meisten resistent, die schwerer hustenden zeigten eine erhöhte Nervenerregbarkeit und diejenigen Kinder, die am meisten pertussisähnlich husteten, reagierten auf die schwächsten Ströme. Ob es sich um eine echte Pertussis handelte, konnte nicht mit Sicherheit eruiert werden. An zwei anderen zu verschiedenen Zeiten beobachteten Säuglingen, die völlig pertussisähnlich husteten, konnte aber eine echte Pertussis mit größter Sicherheit ausgeschlossen werden. Anamnestisch boten die Kinder keine Haltepunkte zur Annahme einer Pertussis und gaben auf der Station keine Veranlassung zu ähnlichen Fällen. Bei den beiden Kindern konnte aber eine deutliche spasmophile Diathese durch die galvanische Prüfung festgestellt werden, bei dem einen auch ein sehr lebhaftes Fac.-Phen. konstatiert werden. Durch verschiedene diätetische und medikamentöse Maßnahmen konnte die galvanische Nervenerregbarkeit in verschiedener Richtung beeinflußt werden, und gleichzeitig änderte sich der Charakter des Hustens. Wurde die galvanische Erregbarkeit herabgesetzt, so schwanden die pertussisähnlichen Anfälle und das Kind hustete wie bei gewöhnlichem Husten. Wurde die galvanische Erregbarkeit gesteigert, nahm der Husten wieder keuchhustenähnlichen Charakter an. In beiden Fällen handelte es sich folglich aller Wahrscheinlichkeit nach um eine Art von spasmophiler Pseudopertussis (II. vgl. dies. Zentrlbl. **29**, 510).

Wernstedt (Stockholm).°°

Bossert, Otto: Zur Pathogenese der Carpopedalspasmen. (*Städt. Krankenanst., Essen.*) Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. **30**, H. 3/4, S. 253—259. 1925.

Nach den Beobachtungen des Autors scheint ein direkter Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Ödemen und von Carpopedalspasmen bei latent übererregbaren Kindern zu bestehen. Die Ödeme traten in 3 Fällen nach Darreichung von Alkalien (Natrium citricum), 4 mal spontan im Zusammenhang mit sprungweiser Gewichtszunahme und 1 mal nach Darreichung von Frauenmilch mit Plasmon auf.

Erwin Wexberg (Wien).

Biancani, E., et H. Biancani: Spasmophilie et tétanie, traitement par les rayons ultraviolets. (Spasmophilie und Tetanie. Ihre Behandlung mit Ultraviolettbestrahlung.) Journ. méd. franç. Bd. **14**, Nr. 10, S. 399—401. 1925.

Die Verff. geben eine Übersicht über die in der Literatur niedergelegten Erfolge bei der Behandlung spasmophiler Zustände mit Höhensonnenbestrahlung, die sie aus eigner Erfahrung bestätigen. Nicht nur die Krampfbereitschaft, sondern auch der ausgebrochene Krampf wird durch die Bestrahlung günstig beeinflußt. Man sieht oft nach ein oder zwei Sitzungen ein Aufhören der Erscheinungen. Sie bestrahlen täglich oder jeden 2. Tag bis zum Verschwinden der elektrischen und mechanischen Übererregbarkeit. Nach 30 Sitzungen evtl. eine Pause von einigen Wochen. Nach den Untersuchungen von Rothman und Callenberg (Klin. Wochenschr. 1923, Nr. 37/38) soll man bis zum Erythem bestrahlen, da gerade mit diesem die Veränderungen des Mineralstoffwechsels einhergehen. *Erich Guttmann* (München).

Bourguignon, Georges: La chronaxie dans les états de tétanie latente ou manifeste, spontanés ou expérimentalement provoqués. (Die Chronaxie bei latenter und manifester, spontaner und experimenteller Tetanie.) (*Salpêtrière, Paris.*) Journ. méd. franç. Bd. **14**, Nr. 10, S. 388—398. 1925.

Die Ergebnisse der Chronaxiemessung bei allen spasmophilen Zuständen zeigen eine weitgehende Übereinstimmung: Bei allen tetanischen Anfällen findet man immer wieder 2 Fundamentaltatsachen: 1. Die Chronaxie wächst und die Rheobase nimmt

Digitized by Google

ab; das Maximum der Abweichung fällt mit dem Höhepunkt der Muskelkontraktion zusammen. Das allgemeine Gesetz der Beziehung der Chronaxie zur Form der Kontraktion findet auch hier seine Bestätigung; wenn die Chronaxie sich in hinreichendem Maße ändert, geht die Zuckung in den „Galvanotonus" (wie Bourguignon den Kathodenschließungstetanus zu nennen vorschlägt) über. 2. Es entsteht stets ein Heterochronismus zwischen Nerv und Muskel, der ebenfalls während des Krampfes seinen Höhepunkt erreicht. Der Heterochronismus ist diagnostisch besonders wichtig, weil sonst stets der Isochronismus von Nerv und Muskel nachweisbar ist. Bei der latenten Tetanie wechseln die Chronaxiewerte von Tag zu Tag wie die physikochemischen Verhältnisse des Plasmas, von denen sie abhängig sind und für die sie den einfachsten Indikator darstellen. *Erich Guttmann* (München).

Osteomalacie, Pagetsche Krankheit:

Trémolières, F., Henri Olivier, Huguenin et Héraux: Sur un cas d'ostéomalacie accompagné de lésions chroniques du corps thyroïde et d'adénomes parathyroïdiens. (Ein Fall von Osteomalacie mit chronischen Veränderungen der Schilddrüse und Adenomen der Nebenschilddrüsen.) Journ. méd. franç. Bd. **14.** Nr. 10, S. 382 bis 385. 1925.

55jährige Patientin. Beginn vor 4 Jahren mit Rückenschmerzen. Allmähliche Entwicklung von schweren Knochenveränderungen des Thorax und der Wirbelsäule. Die Rippen und die Beckenschaufeln geben dem Fingerdruck nach. Die Knochen der Extremitäten sind unbeteiligt. Schwäche der Beine bis zur Bewegungsunfähigkeit. Keine Zeichen spinaler oder cerebraler Lähmung. Herzinsuffizienz. Exitus. Sektion: Thyreoidea makroskopisch o. B. Die Parathyreoideae rechts normal, links das eine bohnen-, das andere nußgroß. Histologisch in den schon makroskopisch veränderten Epithelkörperchen: Störungen der Architektur, Hyperplasie, vermehrte oxyphile Elemente, vermehrtes Kolloid. In der Thyreoidea sklerotische Knoten.

Eine Hypoplasie der Epithelkörperchen bei Osteomalacie ist schon wiederholt beschrieben worden. Die Störung des Kalkstoffwechsels ist ein Punkt, den Osteomalacie und Tetanie gemeinsam haben; in einer Reihe von Fällen ist auch das Vorkommen beider Krankheiten nebeneinander beschrieben worden, so daß man annehmen darf, daß beide, wenn nicht die gleiche Ursache, so doch der gleiche pathogenetische Mechanismus zugrunde liegt. Die Veränderungen der Schilddrüse lassen daran denken, daß die hyperplastischen Prozesse in den Epithelkörperchen durch die Hypoplasie der Thyreoidea hervorgerufen werden könnten. So fand man nach Resektion der Schilddrüse eine als kompensatorisch zu deutende Vergrößerung der Nebenschilddrüsen. Es wird die Frage aufgeworfen, ob nicht gewisse Veränderungen, besonders die Hypogenesie des Skelettapparates, die auf eine Hypofunktion der Thyreoidea bezogen werden, richtiger auf Störungen im Nebenschilddrüsenapparat zurückzuführen sind.

Erich Guttmann (München).

Knaggs, R. Lawford: On osteitis deformans (Pagets disease) and its relation to osteitis fibrosa and osteomalacia. (Über Ostitis deformans [Pagetsche Krankheit] und ihre Beziehung zur Ostitis fibrosa und Osteomalacia.) Brit. journ. of surg. Bd. **13,** Nr. 50, S. 206—237. 1925.

Verf. gibt ein ausführliches Referat über das Gesamtbild dieser interessanten Erkrankung. Klinisch lassen sich zwei Typen unterscheiden: Bei der einen handelt es sich um eine allgemeine Knochenerkrankung, bei der anderen ist der Prozeß auf einzelne Knochen beschränkt. Dieser Typus ist häufiger, als es die Literatur vermuten läßt. Die Krankheit beginnt selten vor 40 Jahren. Schmerzen treten als regelmäßiges Symptom auf. Das Schädeldach ist gewöhnlich schwer erkrankt. Es erleidet eine starke Verdickung. Drei Stadien sind im Laufe der Krankheit an ihm zu unterscheiden, und zwar zuerst das der Vascularisation, dann das der zunehmenden Sklerose und dann endlich das der vollständigen diffusen Sklerose des Knochens. An den langen Röhrenknochen sind Verdickung, Verlängerung und Verbiegung die typischen klinischen Zeichen. Das mikroskopische Bild ist sehr ähnlich dem der Ostitis fibrosa, läßt

Digitized by Google

sich aber trotzdem mit ziemlicher Sicherheit von ihm unterscheiden. Die Krankheit ist auf eine toxische Ursache zurückzuführen, die entweder im Stoffwechsel oder in Produkten des Intestinaltraktus zu suchen ist. Daneben spielen aber konstitutionelle Momente eine sehr wichtige Rolle. Ist bei gleicher, auslösender Ursache die Vitalität des Körpers gut, so kommt es zu einer energischen Reaktion und es resultiert das klinische Bild einer Ostitis deformans. Ist die Reaktionsfähigkeit des Organismus gering, so erscheint die Krankheit in einem früheren Lebensalter unter der Form der Ostitis fibrosa. Fehlt endlich überhaupt die Reaktionsfähigkeit des Organismus, so entwickelt sich eine Osteomalacia. Beziehungen zur inneren Sekretion werden abgelehnt.

Josephy (Hamburg).

Lewin, Philip, and Sidney B. Mac Leod: Osteosclerosis with distribution suggesting that of the ulnar nerve. An unclassified bone condition. (Osteosklerosis von einem dem Verlaufe des Nervus ulnaris entsprechenden Verteilungstyp. Eine unbekannte Knochenerkrankung.) Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 4, S. 969—981. 1925.

35jähriger ♂, Pole von Geburt, klagte über Schmerzen und Schwellung in den ulnaren Partien des rechten Unterarms, der Hand und der beiden letzten Finger, nachdem er sich einige Tage zuvor eine Quetschung der Hand zugezogen hatte. Ähnliche Beschwerden und Erscheinungen an gleicher Stelle hatten sich jedoch früher schon gezeigt, als der Patient 6 Jahre alt war, und späterhin einige Male wiederholt. — Befund: Ulnarer Teil des rechten Unterarms nach außen gebogen, Haut über den ulnaren Partien des Handrückens rot, induriert und druckempfindlich. Entsprechende Veränderungen am 4. und 5. Finger, an der ulnaren Seite des 4. Fingers 2 knopfähnliche Auswüchse, etwa wie bei der Gicht. Vibrationsempfindung im Bereiche der erkrankten Knochen herabgesetzt. Das Röntgenbild zeigte gesteigerte Knochenproduktion, Sklerosierung, fast völligen Markschwund und leichte Verdickung des Periosts.

Besonderes Interesse verdient die eigenartige Verteilung der Knochenerkrankung: Nur diejenigen knöchernen Teile des Unterarms, der Hand und der Finger sind verändert, die etwa dem oberflächlichen Verlauf des Nervus ulnaris entsprechen. In differentialdiagnostischen Erwägungen gehen die Verff. kurz auf die Marmorknochenkrankheit, die Ostitis deformans, die kongenitale Osteosklerose, die ruhende Osteomyelitis, die Syphilis und die sklerosierende Osteomyelitis ein, ohne sich irgendwie festzulegen. Sie vermuten entweder eine kongenitale Anomalie, eine Störung des Nervensystems oder eine solche des Gefäßapparates als Ursache. *Taterka* (Berlin).

Syphilis:

Viets, Henry R.: Neurosyphilis: Early recognition and economic importance. (Neurosyphilis, deren frühe Erkennung und wirtschaftliche Wichtigkeit.) Boston med. a. surg. journ. Bd. 193, Nr. 24, S. 1098—1100. 1925.

Verf. beleuchtet die verschiedenen Formen der Nervensyphilis, das gute Ansprechen der interstitiellen Formen auf spezifische Behandlung und das Versagen letzterer bei parenchymatösen Veränderungen. Frühe Erkennung der Nervensyphilis ist daher von größter Wichtigkeit. Da die Wassermannsche Reaktion des Blutes in 50 v. H. der Fälle negativ ist und daher als Erkennungsmittel nicht in Frage kommt, ist die Ausführung der Lumbalpunktion für Erkennung, Behandlung und Vorhersage solcher Fälle unerläßlich. In den Irrenanstalten der Vereinigten Staaten sind etwa 10 v. H. der Insassen Neurosyphilitiker, während auf den Nervenabteilungen allgemeiner Krankenhäuser dieser Prozentsatz auf 20—25 steigt.

Alfred Schreiber (Hirschberg i. Schl.).

Milani, Guido: Meningite acuta luetica nell'inizio del periodo secondario. (Akute luetische Hirnhautentzündung im Beginn des Sekundärstadiums.) (*Osp. civ., Ravenna.*) Rif. med. Jg. 41, Nr. 30, S. 701—705. 1925.

Die akute luetische Meningitis, eine schwere, scharf abgrenzbare Erkrankung, kommt in allen Luesstadien, im tertiären meist als Gummi vor. Sie wird im Sekundärstadium oft verwechselt. Starker Kopfschmerz, geringe Augenstörungen, leichte Nackensteifigkeit, mäßiger Kernig, Fehlen des Fiebers, geistige Klarheit, Intaktheit der Sphincteren, Lymphocytose, positive WaR. und Kolloidreaktion im Liquor bei Fehlen von

Digitized by Google

Gerinseln machen das Krankheitsbild aus. Basalsymptome sind häufiger als die der Convexität. Fällt die Erkrankung ins Sekundärstadium, dann in die Zeit während oder vor der Roseola. Prognose im allgemeinen gut. Bei der vom Verf. beschriebenen Kranken 2 Monate nach Infektion des mit Calomel behandelten Mannes Beginn mit Kopfschmerzen. Therapie: Calomel, intravenös Arsenobenzol, Fowlersche Lösung per os. Nach der 2. Arsenspritze Exanthem. Darauf wird nur Calomel gegeben. Nun leichtes Fieber, Lichtscheu, Erbrechen, Strabismus convergens des r. Auges. Beine flektiert, Nackenschmerz bei Streckung der Beine verstärkt. Befund: Bradykardie, jede 7. bis 10. Systole aussetzend. Links: Strabismus convergens, Ptosis, Lidspaltenverengerung, totale Pupillenstarre im gewissem (!) Grade, Abducens- und Facialisparese, Augenbewegungen langsam. Kernig +. Sonst Reflexe, Sensibilität o. B. Liquor: Pandy +, Nonne +, Weichbrodt +, Boveri +. Benzoe R. +. Leukocytose. Keine Bacillen. Darauf im ganzen 4,5 g Neosalvarsan und 8 g Quecksilbercyanür. Alle Symptome schwinden. Nur ein leichter Strabismus bleibt. In diesem Fall sprach für luetische Meningitis der nächtliche Kopfschmerz, die Beschränkung ausgeprägter Störungen auf nur einen Hirnnerven bei leichter Schädigung anderer, der Liquorbefund, gegen Meningitis tbc. oder serosa die Vermehrung der Polynucleären, die geistige Klarheit, die Intaktheit der Sphincteren. Kein Symptom allein hat pathognomonische Bedeutung; es kommt auf das Gesamtbild an. Das deutsche Salvarsan verdient den Vorzug vor den anderen Arsenverbindungen. *Kastan* (z. Z. Hamburg).

Delbeke, et Ludo van Bogaert: Radiculo-névrite aiguë syphilitique avec syndrome de Froin. (Akute syphilitische Radiculitis mit Froinschem Syndrom.) Journ. de neurol. et de psychiatrie Jg. 25, Nr. 8, S. 525—529. 1925.

Unter starken Schmerzen und Fieber entwickelt sich bei einem 21jährigen Mann mit positivem Wassermann eine von einer hyperästhetischen Zone in D 12—L 1 nach oben begrenzte Hypästhesie beider Beine, leichte Parese mit Fehlen der Sehnen- und Hautreflexe. Lumbalpunktat entleert sich unter hohem Druck, geringe Xantochromie, spontane Koagulation, positiver Wassermann, Hyperalbuminose, polynucleäre Zellen. Bei Lipiodoleinspritzung wird kein Abschluß sichtbar, jedoch bleiben kleine Tröpfchen pararadikulär in Höhe von L 1 bis zur Cauda hängen, wohl als Anzeichen einer Arachnitis. Rascher Rückgang der Symptome auf Salvarsan. *Krambach* (Berlin).

Petrov, A., und N. Zacharjevskaja: Über die Cerebrospinalflüssigkeit bei kongenitaler Syphilis. (*Klin. f. Haut- u. vener. Krankh., med. Inst. u. venerol. Inst., Charkow.*) Russkij vestnik dermatologii Bd. 3, Nr. 9, S. 766—771. 1925. (Russisch.)

Liquoruntersuchungen — in 53 Fällen kongenitaler Syphilis — bei Kindern im Alter bis 17 Jahren ergaben in 22,6% pathologische Reaktionen. Von den einzelnen Liquorreaktionen trat am häufigsten die Pandysche (21%), am seltensten die WaR. ($7^1/_2$%) auf. Ein pathologischer Liquor läßt sich öfter bei aktiver als bei latenter Lues feststellen. Auf Grund der Blutuntersuchung darf man keinen Schluß über den Zustand des Liquors ziehen und umgekehrt. Die Gegenüberstellung der behandelten und unbehandelten Fälle gibt kein Material zur Lösung der interessanten Frage, inwieweit die spezifische Behandlung einer kongenitalen Lues das Zustandekommen der pathologischen Liquorreaktionen begünstigt: in beiden Gruppen erreicht der Prozentsatz der positiven Ausfälle dieselbe Höhe. *L. Arinstein* (Charlottenburg).

Wile, Udo J., and Harther L. Keim: Effect of treatment on spinal fluid in cerebrospinal syphilis. Critical analysis of one thousand spinal fluid examinations. (Über die Wirkung der Behandlung cerebrospinaler Syphilis auf den Liquor. Kritische Bewertung von 1000 Liquoruntersuchungen.) (*Dep. of dermatol. a. syphilol., univ. of Michigan, Ann Arbor.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 17, S. 1269—1271. 1925.

In Übereinstimmung mit früher geäußerten Anschauungen stellen Verff. auch an dem vorliegenden Material, das sich aus Paralyse, Tabes und Lues cerebrospinalis zusammensetzt, fest, daß klinische Besserung oft nicht parallel geht mit dem Rückgang pathologischer Liquorveränderungen. Nur bei frischer Lues cerebrospinalis im exanthematösen Stadium geht fast regelmäßig mit der klinischen Besserung ein Rückgang der Liquorveränderung einher. Bei Tabes und Paralyse wird während

Digitized by Google

der Behandlung — Arsen intravenös und intralumbal, Quecksilber, Jodkali, selten Wismut — höchstens die Lymphocytenzahl geringer, die übrigen Liquorreaktionen bleiben unverändert. Am hartnäckigsten widersteht bei allen Formen der Lues des Nervensystems die WaR. der Behandlung. Die Goldsolreaktion ist leichter zu beeinflussen. *Wüllenweber* (Köln).

Gumpert, Martin: Juvenile Neurosyphilis und Syphilistherapie. (*Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 42, S. 1741. 1925.

Bei Vater kein Anhaltspunkt für Lues; Mutter absolut starre Pupillen, WaR. ++++, mehrere Abortus; die ersten 3 Kinder bald nach der Geburt an interkurrenten Krankheiten gestorben; das 4. Kind (Sohn) starb mit 21 Jahren an einer galoppierenden Paralyse nach nur mehrwöchentlicher Krankheit. Das 5. Kind erscheint ein wenig im Wachstum zurückgeblieben (150 cm mit 16 Jahren), jedoch proportioniert; Intellekt dem Alter entsprechend. Anisokorie, Pupillen absolut starr. WaR. im Serum und Liquor ++++, Nonne, Pandy, Sublimat, Siliquid ++++, Zellen 36/3, Goldsol 4 321 055 555.

In den epikritischen Bemerkungen betont Verf. u. a., daß weder Mutter noch Sohn noch Pat. je spezifisch behandelt worden waren; das Fehlen von erbluetischen Stigmen fände eine bemerkenswerte Analogie in dem so häufigen Fehlen schwererer Hauterscheinungen bei der Lues der späteren Metaluetiker der Erwachsenen. Salvarsan lehnt Verf. in der Behandlung der hereditären Kinderlues ab, empfiehlt eine milde Behandlung mit einem Wismutpräparat, über das Langer (Med. Klinik 1925, Nr. 30) unlängst berichtet hat. *Alexander Pilcz* (Wien).

Lorenz, W. F., A. S. Loevenhart und H. H. Reese: Die Behandlung der Neurosyphilis mit Tryparsamid. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 98, H. 5, S. 763 bis 774. 1925.

Tryparsamid, das Natriumsalz der N-phenylglycinamidarsenigen Säure wurde von den Autoren zur Behandlung syphilitischer Erkrankungen des Zentralnervensystems verwendet. 3,0 g Tryparsamid wurde in frisch destilliertem Wasser aufgelöst und intravenös injiziert. 8 solche Injektionen wechselten mit wöchentlichen Injektionen von Hydragyrum salicylicum ab, darauf erfolgte eine Ruhepause von 4 Wochen. Die Behandlung erfolgte bis „zum Aufhellen der klinischen Befunde unter ständiger Blut-, Liquor-, Urin- und Gewichtskontrolle". Behandelt wurden 42 Fälle von ausgebildeter Paralyse, 12 von beginnender Paralyse, 14 von „Dementia paralytica asymptomatica", 10 von meningovasculärer Lues, 5 von Tabesparalyse, 5 von Tabes. Die Erfolge quoad Klinik und Serologie waren günstig, besonders bei der meningovasculären Lues und Tabes. Die Verff. nehmen an, daß neben der spirochätotropen auch unspezifische Proteinkörperwirkung in Frage komme, und daß die Tryparsamidbehandlung der Malariatherapie gleichwertig sei. *V. Kafka* (Hamburg).

Wolfsohn, Julian Mast, and Carlos Leiva: Clinical and serologic studies of neurosyphilis with tryparsamide therapy. (Klinische und serologische Studien über die Behandlung der Neurolues mit Tryparsamid.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 7, S. 494—496. 1925.

37 Fälle von Neurolues (21 Paralysen, 10 Tabesfälle, 6 Lues cerebrospinalis) wurden mit Tryparsamid (Atoxylderivat, enthält 25% Arsen) behandelt. Tryparsamid dringt leichter als andere Arsenverbindungen in den Liquor ein. Die Verff. gaben 8 Wochen lang jede Woche eine intravenöse Injektion von 2,5 gm = 0,15 deutsche Gramm, in Verbindung mit „Spinaldrainage": sie ließen Liquor abfließen, um einen schnelleren Übertritt des Medikaments vom Blut in den Liquor zu erzielen. Anschließend gaben sie in einem Teil der Fälle hypertonische Kochsalzlösung intravenös. Die angeblich guten Behandlungsresultate nach einer Kur bzw. nach zwei Kuren in Abstand von 6 Monaten werden sehr kurz berichtet. Bei Paralyse in vielen Fällen weitgehende klinische Besserung — Gedächtnis, Sprache — bei unbeeinflußten Liquorreaktionen. Die Tabiker wurden in einigen Fällen klinisch gebessert — lanzinierende Schmerzen und Urininkontinenz sowie Ataxie behoben —, die serologischen Reaktionen (Wassermann? Ref.) gingen „in 6 Fällen vom dreifach positiven zu negativem Befund" über.

Digitized by Google

Über die Dauer der Remissionen bei Paralyse und Tabes wird nichts gesagt. Bei einem Tabiker trat nach der dritten Injektion 24stündige Amblyopie auf, worauf die Behandlung abgebrochen wurde. Bei Lues cerebrospinalis kein besseres Resultat als mit anderen luetischen Mitteln. Vgl. auch die Arbeit von Lorenz, Loevenhart, Reese, die „überraschend günstige Resultate" mit Tryparsamid bei Neurolues" mitteilen (vgl. vorstehendes Referat). *Wüllenweber* (Köln).

Leyberg, J.: Die Osmotherapie der syphilitischen Cerebrospinalflüssigkeit mit Hilfe intravenöser Injektionen 40prozentigen salvarsanisierten Urotropins. Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 47, S. 990—991. 1925. (Polnisch.)

Verf. plädiert für möglichst radikale Reinigung des Liquors schon im Frühstadium der Nervenlues. Er besorgt das nach der Vorschrift amerikanischer Autoren (spinal drainage without lumbar puncture) nicht auf dem früher von ihm geübten Gennerichschen endolumbalen, sondern intravenösen Injektionswege. Nach dem Vorschlag Sakats soll eine hypertonische Lösung, z. B. eine 40proz. Urotropinlösung, sich am besten eignen zur vorangehenden Herabsetzung des Liquordruckes (Osmotherapie). Die Methode, die Leyberg an 42 Kranken mit Erfolg ausprobiert hat, ist praktisch folgende: Einleitend Übersättigung des Patienten mit Bismut durch 3malige intramuskuläre Einführung — in 4tägigen Intervallen — je 1,0 Bismogenol. Den weiteren 10 Bismogenoleinspritzungen folgt jedesmal am nächsten Frühmorgen eine venöse Zufuhr einer Neosalvarsanlösung in 40proz. Urotropin, die ausgezeichnet vertragen wird. Die Neosalvarsandose wird allmählich von 0,6 auf 0,9 erhöht. L. löst die Neosalvarsangabe in 10—15 g einer 40proz. Urotropinwasserlösung auf und erwärmt sie leicht, bis die Flüssigkeit eine citronengelbe Färbung annimmt. Der Liquor soll sich bei dieser Behandlung vollständig reinigen. *Higier* (Warschau).

Höglund, Gustaf: Ein Fall von Icterus gravis nebst Exanthem nach Salvarsanbehandlung. (*Klin. f. Nervenkrankh., Karolinen-Inst., Stockholm.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 3/4, S. 524—530. 1925.

Bei einer 34jährigen Patientin mit organischer Nervenkrankheit — höchstwahrscheinlich multiple Sklerose —, bei der Lues wenn nicht auszuschließen, so doch sehr unwahrscheinlich war, trat einen Tag nach der 4. Salvarsaninjektion (1 mal 0,3; 2 mal 0,45; 1 mal verunglückt) gleichzeitig mit einem Salvarsanexanthem schwerer Ikterus auf, der alle klinischen Zeichen einer akuten gelben Leberatrophie — auch mit nachweisbarer Verkleinerung der Leber — bot, schließlich aber in ca. 4 Monaten in Heilung ausging. Nach Verf. ist dies einer der wenigen bekannten Fälle, in dem die Lebererkrankung mit großer Wahrscheinlichkeit auf das Salvarsan allein — unter Ausschluß von Syphilis — zurückzuführen war. (Ref. sezierte eine nach Salvarsan aufgetretene akute gelbe Leberatrophie, bei der das Salvarsan infolge einer Fehldiagnose bei Ulcus molle gegeben war.) *F. Wohlwill* (Hamburg).

Vergiftungen, Infektionen:

Aub, Joseph C., Lawrence T. Fairhall, A. S. Minot and Paul Reznikoff: Lead poisoning. (Bleivergiftung.) (*Dep. of physiol., Harvard school of public health., a. med. clin., Massachusetts gen. hosp., Boston.*) Medicine Bd. **4**, Nr. 1/2, S. 1—250. 1925.

Umfassendes Referat der gesamten Pathologie und Klinik der Bleivergiftung mit einleitendem chemischen Teil. Die Kenntnis der physiologischen Wirkung von Blei auf den Muskel ist sehr gering. Auf der Beobachtung basierend, daß Blei die Oberfläche der roten Blutkörperchen so verändert, daß ihre Durchgängigkeit für Wasser gestört wird, wurden entsprechende Versuche am überlebenden Froschmuskel angestellt, wobei die Muskeln, die eine bestimmte Zeit in bleihaltiger Ringerlösung gelegen hatten, mehr anorganischen Phosphor verloren als die Kontrollmuskeln, was mit einer Veränderung der Zelloberfläche durch die Bleieinwirkung in Verbindung gebracht wird. Fällte man bei einem „Bleimuskel" das Blei chemisch, so zeigte sich bei mikroskopischer Betrachtung das Blei nur an der Oberfläche, woraus geschlossen wird, daß das Blei nicht in den Muskel eingedrungen war. (Es braucht das Fällungsmittel nicht eingedrungen zu sein. Ref.) — Studien an Nerv-Muskelpräparaten ergaben folgendes Resultat: Bei tetanischen Reizen ermüdete der Bleimuskel eher als der Kon-

Digitized by Google

trollmuskel und erholte sich wenig oder gar nicht. — Einfluß von Blei auf den Nerven: Blei führte keine Herabsetzung der Leitfähigkeit im isolierten Nerv herbei. In Übereinstimmung damit verschwand der Aktionsstrom des Bleimuskels rasch nach der Ermüdung, nicht aber der des Bleinerven. —Im Einklang mit der Tatsache, daß die Bleilähmung klinisch die am meisten benutzten Muskeln betrifft, konnte gezeigt werden, daß bleivergiftete Katzen, die vor der Vergiftung tagelang mit einer durch ein Gewicht beschwerten Extremität sich hatten bewegen müssen, nach Eintritt der Vergiftung an eben dieser Extremität gelähmt waren. Nach Ansicht der Verff. kreist das Blei bei der Vergiftung im Blut als Phosphat in kolloidem Zustand. Wo es an den arbeitenden Muskel mit seiner Milchsäurediffusion gelangt, wird es in Blei-Lactat verwandelt. Kommt dieses lösliche Lactat an die Oberfläche des Muskels mit anorganischem Phosphor zusammen, so bildet sich unlösliches Bleiphosphat. Dadurch soll erklärt werden, daß 1. die Muskeln der Angriffspunkt des Bleis bei der Lähmung sind und 2. in hervorragendem Maße die ermüdeten Muskeln, indem dort die Reaktion zwischen dem Blei und den Muskelstoffwechselprodukten am umfangreichsten eintritt. Bei der sog. Encephalopathie sind vorwiegend die Meningen ergriffen. Alle übrigen Erscheinungen, auch z. B. die Blei-Amblyopie wird von den Verff. durch die Einwirkung des Liquors erklärt, welcher krankhafte Abbauprodukte mit sich führt. Die Bleilähmung kann unter den verschiedensten Symptomenbildern auftreten, z. B. der Tabes dorsalis, der amyotrophischen Lateralsklerose, der spastischen Paraplegie usw. Entsprechende Literaturfälle. Bei der Erholung, die fast immer stattfindet, gewinnen die zuerst betroffenen Muskeln am spätesten ihre Funktion wieder. Versuche mit Katzen ergaben, daß wenige Tage nach der Vergiftung mit Blei Koordinationsstörungen auftraten, dann kam es entweder spontan zu Krämpfen oder erst nach Laufen in der Tretmühle, was wieder darauf hinweist, daß auch für das Eintreten der Krämpfe die Ermüdung ein wesentlicher Faktor ist. Histologische Veränderungen fanden sich bei diesen Tieren nur im Kleinhirn. Für gewöhnlich wird Blei im Liquor nicht gefunden. Den Autoren gelang es, in einem Fall von schwerer Bleivergiftung das Gift mikrochemisch im Liquor nachzuweisen. Am Auge kann Blei Neuritis optica und Augenmuskellähmung hervorrufen. Der Entstehungsmechanismus der Neuritis wird verschieden gedeutet. Als Restsymptome nach akuter Blei-Encephalopathie bleiben gelegentlich Krampfanfälle, Gedächtnisschwäche und Melancholie bestehen. Für die Behandlung der Bleilähmung wird außer den üblichen Maßnahmen oft Strychnin mit Nutzen verwendet. Bei der Behandlung der Encephalopathie empfehlen die Autoren Milch in großen Mengen und Zufuhr von Calcium-Lactat. Bemerkenswert ist noch der Hinweis der Verff., daß in fast allen von ihnen untersuchten illegalerweise hergestellten alkoholischen Getränken Blei vorhanden war. Es handelte sich meist um Haushaltapparate mit Bleikühlern. *F. Fränkel* (Berlin).

Hochenbichler, Adolf: Zur Ätiologie und Prophylaxe der Eklampsie. (*III. geburtsh. Klin. u. Hebammenlehranst., Wien.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. **69**, H. 3/4, S. 206—219. 1925.

In einer früheren Mitteilung hatte Verf. bereits berichtet, daß bei Eklamptischen durch Bestrahlung mit künstlicher Bachscher Höhensonne eine Herabsetzung des Blutdrucks, Steigerung der Diurese, Verminderung oder Stillstand der Albuminurie erzielt werden kann und dabei eine Erweiterung der Haut- und Hirngefäße beobachtet und auf eine solche der Nierengefäße geschlossen wurde. Ausgehend von der Annahme, daß bei der Eklampsie die inneren Oxydationsprozesse darniederliegen und Acidosis vorliegt, stellte Verf. in 20 Fällen die Kohlensäurekapazität des Blutes nach van Slyke fest; hierbei fand er in über 50% der Fälle deren starken Anstieg nach der Bestrahlung. Er bringt den Sauerstoffmangel des Blutes und die dadurch bedingte Blutdrucksteigerung einerseits in Zusammenhang mit Schädigungen der Leber, der Nieren und der Capillaren, andererseits mit der Erschwerung der Elimination der Kohlensäure durch die Lungen, durch welche es zu stärkerer Retention in dem Gewebe komme, die ihrerseits wieder durch Reizung des Vasomotorenzentrums zu erhöhtem Gefäßtonus führt; Blutdruckmessungen an Schwangeren ließen ihn die Erfahrung machen, daß der Blutdruck in heißen klaren Sommermonaten durchschnittlich niedriger ist als im Herbst oder Frühjahr, was er als Wirkung des Ultraviolettlichtes ansieht. Nach Untersuchungen Bockelmanns

Digitized by Google

ist der durchschnittliche Grad der Acidosis bei Erstgebärenden größer als bei Vielgebärenden. Die Oxydationsstörung durch Kohlensäureanhäufung im Blut bedingt die Schädlichkeit der schwerer verbrennbaren Eiweiß- und Fettkost, worauf auch die Abnahme der Eklampsie während des Krieges bezogen wird, wie auch andererseits Neigung zur Ödembereitschaft bei Frauen mit kleiner Schilddrüse. Außer dem Sauerstoffmangel spielen aber auch Störungen im Mineralstoffwechsel und deren Beziehungen zur inneren Atmung eine Rolle. Neben der Wirkung der Ultraviolettbestrahlung auf den Chlorstoffwechsel, im Sinne vermehrter Kochsalzausscheidung, wird dabei Kalk im Körper retiniert. Auf letztere Mineralstoffwechselstörungen wird das so verschieden gehäufte Auftreten der Eklampsie bei bestimmten Naturvölkern und in manchen Landesgegenden bezogen, wie z. B. solche mit geringer Sonnenwirkung und größerem Feuchtigkeitsgehalt der Luft im Frühjahr und Herbst eine Häufung der Fälle zeigen. Im ganzen hat Verf. an 80 prophylaktisch mit Quarzlicht behandelten Fällen von eklampsieverdächtigen erstgebärenden Frauen mit Ödemalbuminurie und Hypertonie die Erfahrung gemacht, daß keine dieser Frauen während oder nach der Geburt eklamptisch wurde. Er glaubt daher die Methode der Bestrahlung mit Quarzlicht prophylaktisch als mindestens gleichwertig mit dem Aderlaß empfehlen zu können; kontraindiziert ist sie bei gesteigertem Hirndruck, wobei es leicht zu Verschlimmerung kommen kann. *M. Meyer* (Köppern i. Ts.).

Traumatische Nervenerkrankungen, Kriegsverletzungen:

Davidson, Edward C., and Clyde I. Allen: The blood glucose curve in head injuries. (Die Blutzuckerkurve bei Kopfverletzungen.) (*Dep. of surg., Henry Ford hosp., Detroit.*) Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. 37, Nr. 4, S. 217—230. 1925.

Untersuchungen bei 12 Fällen von Gehirnerschütterungen, 18 Schädelfrakturen und 15 Normalen. Nach intravenöser Injektion von 25 g Traubenzucker stiegen die Blutzuckerwerte bei Patienten mit Gehirnerschütterung und besonders solchen mit Schädelfrakturen höher als bei Normalen und kehrten auch entsprechend langsamer zur Norm zurück. Zwischen Liquordruck und den wechselnden Blutzuckerwerten wurde keine Parallele gefunden. *F. Georgi* (Breslau.)

Leriche, René, et Pierre Wertheimer: Résultats éloignés du traitement de l'épilepsie jacksonienne traumatique (d'après 18 observations personnelles). (Ergebnisse der Behandlung der traumatischen Jacksonschen Epilepsie.) Rev. de chir. Jg. 44, Nr. 9, S. 641—687. 1925.

Die Autoren vertreten die Ansicht, daß die der Jacksonschen Epilepsie zugrunde liegende Störung stets eine Sklerose der corticalen Neuroglia sei und nicht von dem Vorhandensein von Fremdkörpern im Gehirn, oder mit ihnen in Verbindung stehenden Veränderungen der Meningen abhängig sei. Der Mechanismus des einzelnen Anfalls geht auf dem Wege: Vasoconstriction, darauffolgende Hyperämie und venöse Stauung vor sich. Außerdem ist das Auftreten der Anfälle aber gebunden entweder an eine Senkung oder an eine Erhöhung des Liquordruckes, die spontan oder künstlich hervorgerufen werden kann. Die Druckerniedrigung kommt zustande durch Bildung einer Pseudocyste am Orte der Rindenzerstörung oder durch Vergrößerung des Ventrikelraumes durch die Verletzung, die Druckerhöhung durch Verlegung der subarachnoidalen Räume und die daraus folgende Abflußbehinderung. Was die Frage individueller Prädisposition anbetrifft, so meinen die Autoren, daß eine solche für das Auftreten traumatischer Jacksonscher Epilepsie in der Anlage zu einer Reaktion mit sklerotischer Wucherung der Neuroglia gegeben sein muß. Die operative Behandlung des Jackson findet ihre Grenzen in der Unmöglichkeit (infolge der auftretenden Lähmungen, der Gefahr der Eröffnung des Ventrikels und endlich des Umstandes, daß damit wieder die Vorbedingungen von Neurogliawucherungen gegeben sind), die erkrankten Hinstellen im Gesunden zu exstirpieren. Die Operationen an Meningen und knöcherner Bedeckung, Entfernung von Splittern, Entleerung von Cysten usw. haben nur vorübergehende Wirkung auf die Anfälle. Man könnte daran denken, die Disposition zur sklerotischen Wucherung der Neuroglia durch Radiotherapie zu beeinflussen. Zweckmäßiger erscheint es, auf die Veränderung des Liquordrucks therapeutisch einzuwirken. Für die Behandlung der besonders häufigen Drucksenkung kommt (außer der schwierigen Ligatur des Sinus longitudinalis) die subcutane oder intravenöse Injektion von hypertonischen Lösungen in Frage — künstlichem Serum, destilliertem Wasser, Trauben-

Digitized by Google

zuckerlösungen. Die Autoren beschreiben eingehend eine Anzahl Fälle mit langjährigen Beobachtungen, in denen die Operation unvollkommene Wirkung hatte, die „Médication hypotensive" (bzw. hypertensive) wesentliche Besserung oder Heilung brachte.

Krambach (Berlin).

Davidović, S.: Traumatische Epilepsie und deren chirurgische Behandlung. Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. 27, Nr. 10, S. 528—535. 1925. (Serbo-kroatisch.)

Bei den 14 operierten Fällen traumatischer Epilepsie handelte es sich meist um Spätkrämpfe, die 6—12 Monate nach der Verletzung auftraten. Letztere bestand in 8 Fällen in einer Kontusion ohne Schädelverletzung. Je ausgesprochener die (durch den Eingriff entfernbaren) Narbenzüge an der, meistens in der Zentralregion gelegenen Läsionsstelle waren, um so besser war der Erfolg. In 2 Fällen verschwanden die Anfälle ganz (bis zu 2 Jahren beobachtet), in vielen anderen wurden sie bedeutend gemildert; so z. B. sistierten sie in einem Falle 2 Jahre, während sie vor der Operation 3—4 mal täglich auftraten. 2 Fälle, die keine augenfälligen Veränderungen boten, blieben unbeeinflußt. Bei Frühkrämpfen soll mit der Operation abgewartet werden. Alkoholexzesse riefen wieder Krämpfe hervor. *Rosner* (Zagreb).

Stier, Ewald: Über die sogenannten Unfallneurosen. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 47, S. 1935—1938, Nr. 48, S. 1977—1980, Nr. 49, S. 2020—2022 u. Nr. 50, S. 2062—2064. 1925.

Zusammenfassende, für den Praktiker bestimmte Betrachtung des auch auf dem Gebiete der Begutachtung sehr erfahrenen Verf.s, unter Verwendung der Unfallakten von 50 „Telephonunfällen" bei Postgehilfinnen. Ein Vergleich von entschädigungspflichtigen und nichtentschädigungspflichtigen Unfällen ergibt bezüglich der seelischen und nervösen Nachwirkungen, wie außerordentlich viel dem Entschädigungsverfahren und wie wenig dem Unfall ursächlich zur Last zu legen ist. Die sog. traumatischen Neurosen sind Reaktionsformen der konstitutionellen Neuropathie und Psychopathie auf die Tatsache des Versichertseins, nachdem der entschädigungspflichtige Unfall sich ereignet hat. Je genauer die aktenmäßige Kenntnis des Gesundheitszustandes vor dem entschädigungspflichtigen Unfall ist, um so häufiger ist auch die neuropathische und psychopathische Anlage nachweisbar. Das hysterische Symptom ist lediglich die Darstellungsform des Wunsches, für krank gehalten zu werden. Eine erdrückende Menge von Tatsachen läßt sich dafür anführen, daß die sog. traumatischen Neurosen ursächlich nicht auf den Unfall zurückgehen, sondern auf das Entschädigungsverfahren, und daß sie auch keine Krankheit sind, sondern eben eine seelische Reaktion. Mit Recht wird auch gegen das schematische Abfinden oder die schematische Gewährung niedriger Renten Einspruch erhoben. Eine eigentliche „ärztliche Behandlung" der reaktiven Erscheinungen im Entschädigungsverfahren wirkt ungünstig; der Rentensucher hält sie im Grund seiner Seele selbst für unnötig. Die Vorteile und Annehmlichkeiten, welche dem Versicherten aus der Anerkennung des Vorliegens einer „traumatischen Neurose" erwachsen, werden vielfach noch unterschätzt. Unter anderen steigen die Aussichten, sich zu verheiraten, bei Telephonbeamtinnen mit Telephonunfall und lebenslänglicher Rente um das 15fache. Die Verluste, welche dem Volksvermögen aus der fehlerhaften Anerkennung der sog. traumatischen Neurosen als entschädigungspflichtige Unfallfolge erwachsen, können nicht hoch genug eingeschätzt werden. Entscheidende Gutachten dürfen nur von einem wirklich erfahrenen Facharzt ausgestellt werden. Einige praktische Erfolge sind durch die jetzige vernunftgemäßere psychopathologische Auffassung der sog. Unfallneurosen schon erreicht worden.

Reichardt (Würzburg).

Spezielle Psychiatrie.

Epilepsie, Kinderkrämpfe:

Nielsen, Johannes M.: Etiology of epileptiform convulsions. A study of two hundred and ten case histories. (Die Ätiologie epileptiformer Anfälle, auf Grund von 210 Beobachtungen). Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 6, S. 338—340. 1925.

Nielsen vergleicht 153 „idiopathische" Epilepsien mit 57 Fällen von symptomatischer Epilepsie. Er findet, daß sie bezüglich der Kurve des ersten Beginns, der Be-

Digitized by Google

ziehungen zur Migräne, des Blutdrucks, Blutzuckergehalts, der Häufigkeit der Beteiligung der beiden Geschlechter usw. fast völlig parallel gehen. Sollte dies Ergebnis sich bestätigen, wäre damit für die Ätiologie der symptomatischen epileptischen Anfälle ein wichtiger Gesichtspunkt gewonnen. *Stier* (Charlottenburg).

Georgi, F.: Zur Genese des epileptischen Anfalls (ionogene Kolloidstabilitätsstörung. Theorie der Faktorenkoppelung). (*Psychiatr. u. Nerven-Univ.-Klin. u. Städt. Wenzel Hanke-Krankenh., Breslau.*) Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 43, S. 2053 bis 2056. 1925.

In Fortsetzung älterer, gemeinsam mit O. Foerster durchgeführter Versuche wurde auf Grund der vom Verf. gemachten biologischen Feststellung zweier in ihrem Wesen völlig verschiedener Kolloidstabilitäten — proteinogene und rein ionogene Form — ein neuer Weg der Klärung der Anfallsgenese in Erwägung gezogen. Es wurden bei 44 Epileptikern und 10 Gesunden (insgesamt über 300 Blutproben) die Veränderungen geprüft, wie sie durch 10 Minuten langes Hyperventilieren im Plasma erzeugt werden und zu den Befunden von über 500 Plasmen (Gesunde, Kranke aller Art, insbesondere Spontananfall des Epileptikers usw.) in Beziehung gesetzt. Parallel wurde noch Alkalireserve nach van Slyke, Ca-Gehalt, Viscosität, Senkungsgeschwindigkeit usw. geprüft. Es stellte sich heraus, daß durch die verschiedenartigsten Einflüsse — Hyperventilation, innersekretorische Steuerung (z. B. Menstruation), vielleicht auch klimatische Einwirkungen — reversible physikalisch-chemische Zustandsänderungen im Bluthaushalt eintreten können, die genetisch als Ausdruck einer Störung im Ionengleichgewicht aufgefaßt werden müssen. Als Arbeitshypothese, die sich auf die humoralpathologischen Befunde und eine Reihe von Erwägungen, die in der Originalarbeit nachzulesen sind, stützt, ergibt sich, daß man sich den epileptischen Anfall als eine Art von Faktorenkoppelung vorstellen muß, bei der das humorale System lediglich die Rolle eines ganz unspezifischen Vermittlers einnimmt. Ein gestörter Stoffwechsel (1), der unter Umständen sich noch in physiologischen Breiten (Menstruation) abspielt, führt zu ionogenen Kolloidstabilitätsstörungen, zu reversiblen kolloiden Membranveränderungen (2), die auf dem Wege von Permeabilitätssteigerungen primär funktionsgeschwächte Rindenpartien (3) reizen und damit den Anfall zur Auslösung bringen. *F. Georgi* (Breslau).

Wildermuth, Hans: Stoffwechseluntersuchungen bei Epileptikern. (*Württ. Heilanst., Weissenau.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 95, H. 1/2, S. 120 bis 129. 1925.

Systematische Wiegungen von 8 Epileptikern konnten die Angabe von Frisch und Walter, wonach ein allmähliches Ansteigen der Gewichtskurve vor und ein kritisches Absinken nach dem Anfall statthaben soll, im allgemeinen nicht bestätigen; ebenso wurden die von Vollmer für den epileptischen Anfall als charakteristisch gefundenen Schwankungen im Säurehaushalt des Urins an Hand 9 derartig untersuchter Fälle in Zweifel gezogen. Eine vermehrte Säureausscheidung nach dem Anfall ist zwar häufig, aber nicht regelmäßig, noch seltener eine Verminderung vor dem Anfall. Eine Stellungnahme zu diesen Befunden erfolgte bereits von Vollmer und dem Ref. (vgl. dies. Zentrlbl. 34, 385). *F. Georgi* (Breslau).

Vollmer, Hermann: Stoffwechseluntersuchungen bei Epileptikern. Erwiderung auf die gleichnamige Arbeit von Hans Wildermuth. (*Kaiserin Auguste Victoria-Haus, Berlin-Charlottenburg.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 98, H. 1/2, S. 125 bis 128. 1925.

Wildermuth (vgl. vorstehendes Referat) schreibt dem Verf. irrtümlicherweise eine Theorie zu, nach der vor dem Anfall eine Säurezurückhaltung in der Muskulatur statt habe, die zu einer Blutalkalescenz führe. Dagegen wurde von dem Verf. die Möglichkeit einer Phosphatretention in der Muskulatur in Betracht gezogen. Diese spricht er als Folge der präparoxysmalen Alkalose, die ihrerseits die Phosphatdurchlässigkeit der Muskelzellmembranen herabsetzt, an. Ein Vergleich seiner Befunde mit denen

Digitized by Google

Wildermuths lehnt Verf. ab, da Wildermuth nur täglich 3 Harnportionen im Gegensatz zu seinen 12—48 Proben untersuchte. Schließlich betont der Verf. mit Recht, daß es den „kardinalsten Tatsachen der Muskelphysiologie widersprechen würde", wenn der Anfall als solcher eine verminderte Säureausscheidung, wie dies aus den Ergebnissen von Wildermuth häufig hervorgeht, zur Folge hätte. *F. Georgi* (Breslau).

Herman, Eufemjusz: Alopecia areata auf Grundlage von Störungen des endokrin-vegetativen Systems in einem Fall von Epilepsie. Ein Beitrag zur periodischen Pupillenstarre. Warszawskie czasopismo lekarskie Jg. 2, Nr. 10, S. 423—426. 1925. (Polnisch.)

Kasuistisch interessanter Fall von pluriglandulärer Insuffizienz, genuiner Epilepsie und universeller Alopecia areata, die sich bei einem 11jährigen Mädchen nach psychischem Shock allmählich binnen einigen Wochen einstellten. Die Untersuchungen nach Danielopolu ergaben „reine" Sympathicotonie.

Unverständlich bleibt der innere Konnex sämtlicher klinischer Syndrome. Vermutlich ist die pluriglanduläre Insuffizienz konstitutionell und primär, die Sympathicotonie und Alopecie sekundär. Hyperthyreoidose war trotz der ausgesprochenen Sympathicotonie nicht festzustellen. Ebenfalls dunkel bleibt die Pathogenese der epileptischen Anfälle, die jahrelang anhielten, durch Brom und Luminal gut beeinflußbar waren und zu den Bratzschen affekt-epileptischen Anfällen nicht gehörten. Die begleitende periodische, ohne äußere Veranlassung auftretende Pupillenstarre will Verf. als sympathicotonische Erscheinung (Reizung des Dilatators) aufgefaßt wissen. Woher die Periodizität dieser, an die mydriatische Starre und die katatonische Westphalsche Pupillenstarre erinnernden Anomalie herstammt, bleibt unentschieden (Piotrowski hat unlängst 3 Fälle posttraumatischer periodischer Pupillenstarre beschrieben, vgl. dies. Zentrlbl. 42, 276). *Higier* (Warschau).

Matzdorff, Paul: Über Narkolepsie. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 88, H. 1/2, S. 1—13. 1925.

Verf. teilt einen Fall von typischer Narkolepsie mit: 21jähriger Mann, Schwäche in den Knien beim Lachen, Anfälle von anscheinend normalem Schlaf, Verschlechterung nach Luminal, Besserung unter Schilddrüsenmedikation. Verf. nimmt an, daß es sich bei der Narkolepsie um Anfälle von an sich normalem Schlaf handelt. Diese stehen in enger ursächlicher Verbindung mit den Anfällen von affektivem Tonusverlust. Die Grundlage des Syndroms ist in einer Thalamusaffektion zu suchen, die letzte Ursache stellt wahrscheinlich eine endokrine Störung dar. Von Friedmanns „gehäuften kleinen Anfällen" ist die Narkolepsie zu trennen. Diese stellen keine Krankheitseinheit dar. Die Narkolepsie ist eine selbständige, endokrin bedingte Neurose. Als Therapie kommt in erster Linie Schilddrüse in Verbindung mit Psychotherapie in Frage. *Henneberg* (Berlin).

Idiotie und Imbezillität, tuberöse Sklerose:

Johnstone, E. R.: A research program for the study of feeblemindedness. (Ein Untersuchungsprogramm zur Erforschung des jugendlichen Schwachsinns.) Journ. of abnorm. a. soc. psychol. Bd. 20, Nr. 2, S. 157—169. 1925.

Planmäßiges Zusammenarbeiten medizinischer, psychologischer und anthropologischer Institute ist notwendig. In New Jersey sind die Vorbereitungen dazu getroffen.
Campbell (Dresden).

Haller, Marguerite: Quelques réflexions à propos des enfants arriérés de l'hospice J.-B. Thiéry. Classement théorique et groupements pratiques. (Einiges über schwachsinnige Kinder.) Rev. méd. de l'est Bd. 53, Nr. 3, S. 77—80. 1925.

Der Verf. schlägt nach Prüfung mit Testreihen an schwachsinnigen Kindern an Stelle der Auswertung in der bisherigen Form des Intelligenzgrades, bei denen der jeweilige absolute Abstand ein anderer ist, wenn das Kind jünger ist als wenn es älter ist, eine Berechnung vor, die sich nach einem Normalwert als Generalnenner, nämlich nach dem Alter von 15 Jahren eines normal entwickelten Kindes vollzieht. Alle Alter und Grade schwachsinniger Kinder sollen auf diese Standardzahl bezogen werden. Es soll

Digitized by Google

nämlich mit diesem Generalnenner ein variabler Zähler, ein „Abstandsfaktor" („Coëfficient de retard") = R in Beziehung gebracht werden. Dieses R. wird gewonnen, indem das Resultat der Testuntersuchung in einem Quotienten mit dem Normalwert verbunden wird. Nach der Berechnung würde es sich dann ergeben: Es handelt sich, wenn $R < 1$ um Normale, wenn $R = 1-4$ um leichte Debile, $R = 8-10$ um Imbezille, $R = 13-14$ um schwere Idioten. Verf. glaubt, das „wahre" Intelligenzalter, nicht nur den variablen „Intelligenzgrad" erreicht und damit für die Praxis die Basis der Berechnung stabilisiert zu haben. *E. Feuchtwanger* (München).°°

Szuman, Stefan: Schematische Zeichnungen geistig minderwertiger Kinder. Szkoła specjalna Jg. 1, Nr. 3, S. 165—178. 1925. (Polnisch).

Vom psychologischen Standpunkte ist das gezeichnete Bild des zurückgebliebenen Individuums keineswegs als ungeschickte Skizze, unvollständige Nachahmung und schlechte Imitation des Naturmodells aufzufassen. Das graphische Schema entspricht oft dem intellektuellen und imaginativen Schema des Geistes, demgemäß das Kind die Außenwelt in mehr oder weniger intelligenter Weise aufzufassen anfängt. Der erwachsene Imbezille produziert in der Regel — von den normal zeichnenden abgesehen — sehr leere und inhaltsarme Bilder, die etwa dem Schema eines 3—4jährigen Kindes entsprechen, er besitzt gelegentlich dasselbe Zeichenschema für verschiedene Bilder differenten Inhaltes, er versteht meist das Rechnen nicht und versieht deswegen seine lebenden Objekte mit einer willkürlichen Fingerzahl, er besitzt keinen orientierenden Raumsinn und zeichnet gelegentlich die einzelnen Bestandteile ziemlich korrekt, ohne sie richtig aneinanderzufügen. *Higier* (Warschau).°

Sterling, Władysław: Untersuchungen über die Spiegelschrift bei normalen und zurückgebliebenen Kindern. Szkoła specjalna Jg. 1, Nr. 2, S. 61—69. 1925. (Polnisch.)

Vergleichende Untersuchungen über Spiegelschrift, vorgenommen an 80 Jünglingen, 200 normalen und 134 zurückgebliebenen Kindern. Verf. unterscheidet zwischen spontaner Spiegelschrift der linken Hand (bei älteren und jüngeren Hemiplegikern mit und ohne Apraxie, bei erwachsenen Rechts- und Linkshändern, bei geistig zurückgebliebenen jungen Kindern), experimenteller und synkinetischer Spiegelschrift der linken Hand. Rechtsseitige Spiegelschrift ist festgestellt worden bei 7 normalen Kindern des frühen Schulalters. Aus seinem Material schließt Verf., daß in Fällen von Krankheitsherden oder Agenesie an der linken Hemisphäre oder Balken linke Spiegelschrift auftreten kann. Sie stammt von Bedingungen her, die das klinische Syndrom der motorischen Apraxie darstellen. Bei den übrigen Varietäten stammt sowohl die linke als rechte Spiegelschrift aus „Mangel an Stabilisation" her oder aus „Störung der räumlichen Orientation, speziell betreffend die Ab- und Adduktivität der schreibenden Hand zur Medianlinie des Körpers". *Higier* (Warschau).°

Vivaldo, Juan Carlos: Die familiäre mikrocephalische Idiotie nach Giacomini. Riv. de criminol. psiquiatria y med. leg. Jg. 12, Nr. 71, S. 546—562. 1925. (Spanisch.)

Eingehende Beschreibung von 5 erwachsenen idiotischen Geschwistern mit einem basalen Hirnschädelumfang von durchweg unter 46 cm, aber im wesentlichen normal entwickeltem Gesichtsschädel und übrigen Körper (keinerlei Lähmungen usw. — 5 gesunde Geschwister). Erörterungen über die ätiologischen Verhältnisse derartiger Mißbildungen, wobei auch auf die eventuelle Bedeutung der in der Heimat der Mikrocephalen endemischen Malaria hingewiesen wird. Im übrigen nichts Neues. *Pfister.*

Marinescu, G.: Kontributionen zur hyperkinetischen Form der tardiven amaurotischen Idiotie Bielschowsky. Spitalul Jg. 45, Nr. 12, S. 423—426. 1925. (Rumänisch.)

Gelegentlich eines neuen Falles der amaurotischen Idiotie Bielschowsky hebt Verf. nochmals hervor die mehr oder weniger systematisierten hyperkinetischen und synkinetischen Bewegungen. Bei der Autopsie eine Verminderung der oxydierenden Fermente. Dort, wo viel Fett existiert, sind wenig Fermente und umgekehrt. Insuffizienz der Eierstöcke. Übrigens die klassischen von Bielschowsky, Schob u. a. beschriebenen Veränderungen. *Urechia* (Klausenburg).

Digitized by Google

Schuhmacher, W.: Kann die Hilfsschule Arbeitsschule im Sinne Kerschensteiners sein? Hilfsschule Jg. 18, H. 7, S. 194—198. 1925.

Das Ergebnis dieser Untersuchung ist, daß die Hilfsschule niemals Arbeitsschule im Sinne Kerschensteiners sein kann. Schwachsinnige haben so schwere Ausfälle und Defekte, daß sie nicht imstande sind, Arbeitsgemeinschaften zu bilden, zum selbsttätigen Erarbeiten sind sie nicht fähig, Schüler, die als Führer auftreten, gibt es in der Hilfsschule nicht. Gewiß ist auch in der Hilfsschule die Berufsbildung der Schüler eine wesentliche Aufgabe, aber von der Kerschensteinerschen „Versittlichung der Berufsbildung" kann in der Hilfsschule kaum die Rede sein, weil die geistigen und sittlichen Voraussetzungen hierzu fehlen.

Egenberger (München).°°

Progressive Paralyse, syphilitische Geistesstörungen, Trypanosomenkrankheiten:

Sicco, Antonio, und Nicolás Leone Bloise: Über einen Fall von kindlicher allgemeiner Lähmung. Arch. latino-americ. de pediatria Bd. 19, Nr. 8, S. 1011—1020. 1925. (Spanisch.)

Beschreibung eines der seltenen Fälle allgemeiner Paralyse bei einem 15jährigen Jungen, dessen Erkrankung im Alter von 12 Jahren mit neuro-psychischen Störungen begonnen hatte. Jetzt fanden sich: Einfache Verblödung, Ataxie, Dysarthrie, Argyll-Robertsonsches Zeichen, Erhöhung der Sehnenreflexe, Liquorreaktionen positiv. Der Vater war Alkoholiker, die Mutter syphilitisch (angesteckt als Amme von einem syphilitischen Säugling).

Ganter (Wormditt).

Dujardin, B.: Les syndromes humoraux de la paralysie générale. (Die serologischen Syndrome bei progressiver Paralyse.) Journ. de neurol. et de psychiatrie Jg. 25, Nr. 8, S. 497—510. 1925.

Nach dem serologischen Verhalten teilt Dujardin die Paralyse in 3 Gruppen ein: 1. Stark positiver Liquorwassermann und hoher Permeabilitätsindex, der auch durch Behandlung nicht beeinflußt wird. 2. Schwach positiver Liquorwassermann (0,2 — 0,5 + oder erst 1,0 +) und hoher Permeabilitätsindex, der durch Behandlung schwer beeinflußbar ist. WaR. im Blut 0. Im Gegensatz zu diesen „anallergischen" Formen will D. eine 3. „allergische" Gruppe der Paralyse unterscheiden, bei der die Permeabilität der Meningen nicht erhöht oder — ebenso wie die übrigen Liquorreaktionen — durch spezifische Behandlung zur Norm zurückführbar ist. Diese „allergische" Paralyse ähnelt also in ihrem serologischen Verhalten weitgehend der Lues cerebrospinalis. [Wegen der Kürze der beigefügten klinischen Krankengeschichten läßt sich nicht entscheiden, ob nicht doch diese Fälle z. T. auch klinisch als Lues cerebri aufgefaßt werden können. Ref.] D. spricht die Vermutung aus, daß diejenigen Syphilitiker, die in der Sekundär- und Latenzperiode Pleocytose, Erhöhung der meningealen Durchlässigkeit und positive WaR. im Liquor haben, auch die Anwärter auf spätere Metalues sind.

Wüllenweber (Köln).

Schükry, Ichsan: Über die Spatzsche Methode zur Schnelldiagnose der Paralyse und über das Vorkommen von Paralyse in der Türkei. (*Irrenanst. Top-Tachi, Konstantinopel.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 47, S. 2011. 1925.

Verf. bestätigt die Zuverlässigkeit der bekannten Spatzschen Methode. Weiter führt er aus, daß zu Unrecht die Paralyse in der Türkei, besonders in Kleinasien als selten gelte, während die Syphilis sehr häufig sei. Früher sei infolge mangelnder diagnostischer Hilfsmittel die Diagnose Paralyse eben nur selten gestellt worden, während jetzt, mit Benutzung moderner serologischer Methoden, die sichere Erkennung der Krankheit gewährleistet sei. So konnte 1923 bei 7,5% der Männer und 2,5% der Frauen in der Irrenanstalt Top-Tachi Paralyse ermittelt werden. Auch bei Leuten, die aus den innersten Teilen Kleinasiens stammen, wird Paralyse angetroffen. Weitere statistische Untersuchungen sind wünschenswert.

Neubürger (München).

● **Benedek, Ladislaus: Der heutige Stand der Behandlung der progressiven Paralyse.** Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Beih. 34, S. 1—219. 1926. RM. 15.—.

Der Verf. hat es sich zur Aufgabe gestellt, nicht nur die jetzt so im Vordergrund des Interesses stehende Infektionsbehandlung der Paralyse, sondern den gegenwärtigen Stand der Paralysebehandlung überhaupt monographisch zur Darstellung zu bringen.

Digitized by Google

So berichtet er denn neben der Infektionstherapie mit Malaria und Recurrens und dem Einfluß dieser Behandlung auf den Liquor und die Frage der Malariaprophylaxe auch über die intralumbale und andere „direkte" Behandlungsmethoden, über „die antiluetische Behandlung der quartären Syphilis", über die Frage der spezifischen Behandlung der Frühsyphilis und ihre Beziehungen zur Nervenlues, sehr ausführlich auch über die Immunserumbehandlung der Paralyse. Ob es glücklich war, diese letztere, deren Ergebnisse doch eigentlich durchweg negativ waren, so breit zur Darstellung zu bringen, oder ob er die Protokolle — ein Vermächtnis des verstorbenen Lechner — nicht lieber in gesonderter Arbeit veröffentlicht hätte, das lassen wir dahin gestellt. Es ist richtig, daß man bei monographischer Behandlung einer Therapie es nicht wird umgehen können, auch die theoretischen Grundlagen dieser therapeutischen Bestrebungen auseinanderzusetzen. Deshalb findet man in Benedeks Arbeit auch ein Kapitel über den histologischen Prozeß, über die Ätiologie, über die Spirochätenbefunde und das Paralyseproblem, ferner über die Pathogenese, über die hyperergischen Reaktionen bei Paralyse. Aber freilich, das alles sollte organisch verbunden sein und sollte in klare Beziehung zu den eingeschlagenen therapeutischen Wegen gebracht werden. Diese organische Bindung vermissen wir in dem vorliegenden Buch in weitgehendem Maße, sodaß die einzelnen Kapitel auseinanderfallen und recht unverbunden nebeneinander stehen, auch mancherlei enthalten, dessen Bedeutung für die Paralysebehandlung und später eingeschlagene Wege nicht recht deutlich erkannt werden kann. So bringt das Buch an sich eigentlich mehr als sein Titel besagt, und hält schließlich doch nicht, was der Titel verspricht. *G. Ewald* (Erlangen).

Artwiński, E., und M. Ostrowski: Über die Malariabehandlung der progressiven Paralyse und anderer Formen der Syphilis des Nervensystems. Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 48, S. 1007—1009. 1925. (Polnisch.)

Die Verff. brachten in ihrer 1. Mitteilung Angaben über 10 mit Recurrens geimpfte Paralytiker, in der 2. Mitteilung über 70, in der letzten wiederum über 70 mit Malaria behandelte Fälle. Aus den Ergebnissen sei erwähnt als Kontraindikation: galoppierende Paralyse, Tuberkulose, Marasmus, schwere Arteriosklerose und vorgeschrittenes Alter über 60 Jahre. Eine Vergleichstabelle der 70 im vorigen und der 70 im letzten Jahre malariabehandelten Fälle ergibt:

Aufnahme früherer verantwortlicher Profession . . .	40,0%—42,9%
Deutliche Besserung	8,3%—15,7%
Keine Besserung	51,7%—37,1%
Nach der Kur gestorben	14,3%— 4,3%

Die Statistik bestätigt im großen und ganzen die von Gerstmann an der Wiener Klinik erhaltenen Zahlen. Die Malariatherapie ist zur Zeit die beste, die Remissionen lange anhaltend und symptomarm. Sie soll möglichst früh angewendet werden. Übertragung der Malaria auf die Umgebung ist in den 140 Fällen nicht notiert worden. *Higier* (Warschau).

Forster, E.: Spirochätenfunde bei mit Malaria behandelten Paralytikern. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Greifswald.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 51, S. 2197 bis 2200. 1925.

Bei drei Paralytikern, die mit Malaria behandelt waren, hat Forster mit Hilfe der Hirnpunktion und der Dunkelfeldmethode untersucht, ob noch Spirochäten zu finden waren. Bei zwei dieser Kranken fand er Spirochäten. Nach Einbettung des mit Hirnpunktion gewonnenen Materials wurden in zwei Fällen paralytische Veränderungen gefunden; unter diesen war der Fall, bei dem keine Spirochäten in der Hirnsubstanz gefunden worden waren. Von dem dritten Kranken war nur weiße Substanz eingebettet worden, an der sichere paralytische Veränderungen nicht nachzuweisen waren. 4 Abbildungen vom anatomischen Befund sind beigefügt. F. wendet sich gegen die Anschauung Gerstmanns, daß durch anatomische Befunde an Gehirnen von Paralytikern günstiger Erfolg der Malariatherapie erwiesen sei.

Seelert (Berlin).

Digitized by Google

Mosgowoi, P., und R. Ssobolewskaja: Versuch der Behandlung der progressiven Paralyse mit Malariaimpfungen. Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 19/20, S. 1453—1459. 1925. (Russisch.)

Ausführlicher Bericht über 44 Fälle der Malariabehandlung der progressiven Paralyse in der psychiatrischen Klinik von Prof. Protopopow in Charkow. Defibriniertes Blut Malariakranker (Febris tertiana) wurde den Paralytikern subcutan (5—10 ccm) eingespritzt. Inkubationszeit 7—21 Tage. Die Zahl der Malariaanfälle schwankte von 3—17, aber die meisten Paralytiker ließ man 10 Malariaanfälle durchmachen. 34 Patienten wurden mit Neosalvarsan nachbehandelt, durchschnittlich 6 Injektionen (von 0,45—0,9 Neosalvarsan). In 18 Fällen trat $1^1/_2$—2 Monate nach der Unterbrechung der Malaria eine deutliche Besserung ein. Die Paralytiker werden ruhiger, weniger aggressiv, sind besser orientiert. Die Wahnideen verblassen, die Euphorie hält aber noch eine längere Zeit an. Die somatischen Zeichen verschwinden nicht. WaR im Blut und im Liquor bleibt auch nach der Malariabehandlung unverändert positiv. Während die Zahl der Remissionen bei unbehandelten Paralytikern — in der Ukraine — ungefähr 5% ausmacht, kann man nach der Malariabehandlung eine Remission in 40,9% feststellen. Unter diesen 18 Fällen dauert die Remission in 2 Fällen mehr als 1 Jahr, in 5 Fällen — 6 Monate, in den übrigen Fällen ist die Beobachtungszeit noch kürzer. Die besten Erfolge erzielt man bei der expansiven Form der Paralyse; je früher die Behandlung einsetzt desto besser ist die Prognose. Die 5 Fälle agitierter Form, die der Malariabehandlung unterzoden wurden, verliefen tödlich. In 12 Fällen ist die psychische Besserung so weit gegangen, daß die Paralytiker ihre frühere Tätigkeit wieder aufnehmen konnten (Schlosser, Stationsvorsteher, Bäcker, Buchhalter, Förster). *L. Arinstein* (Charlottenburg).

Skalweit, W.: Vergleichende hämatologische und parasitologisch-klinische Untersuchungen über Impfmalaria bei Lues cerebri und Paralyse. (*Städt. Krankenanst., Essen.*) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. **102**, H. 2/3, S. 258—283. 1925.

Verf. hat bei mit Malaria behandelten Fällen von Paralyse und Lues cerebri das V. Schillingsche Hämorgramm vor und nach der Behandlung ausgeführt. Vor der Behandlung zeigte sich bei den Paralysen Lymphopenie, Linksverschiebung der Neutrophilen, häufig Fehlen oder Mangel der Eosinophilen, bei den Fällen von Lues cerebri Lymphocytose (bis 60%), mit geringer Linksverschiebung der Neutrophilen und meist normalen Eosinophilenwerten. Nach der Behandlung trat bei den Paralytikern alsbald Absinken der neutrophilen Reaktion ein. Dann kräftige Monolymphocytose, später reine Lymphocytose; die nur allmählich abnimmt. Bei der Lues cerebri sind am Ende der Rekonvaleszenz der ungefähre Anfangswert vor der Kur erreicht, während bei der Paralyse nach der Behandlung der Lymphocytenwert dem der Lues cerebri angenähert wird, was Verf. als günstige Reaktion ansieht. *V. Kafka* (Hamburg).

Rudolf, G. de M., and J. C. Ramsay: Erythrocytosis in artificially-inoculated malaria. (Vermehrung der roten Blutkörperchen bei künstlich eingeimpfter Malaria.) Ann. of trop. med. a. parasitol. Bd. **19**, Nr. 4, S. 419—428. 1925.

4 Fälle von Paralyse wurden mit gutartiger Tertiana geimpft. Immer ging der Anämie eine Vermehrung der roten Blutkörperchen voraus und folgte ihr. Sie war unabhängig vom Geschlecht und von der Tatsache früher überstandener Malaria. Das Hämoglobin zeigte weniger starke Schwankungen. Zwischen Zahl der Parasiten und Höhe des Fiebers fanden sich bestimmte Beziehungen. Die Art der Impfung machte keinen Unterschied.

Raecke (Frankfurt a. M.).

Schizophrenie:

Lévy-Valensi, J.: Syntones, schizoïdes et schizophrènes, essai de schématisation. (Syntone, Schizoide, Schizophrene, Versuch einer schematischen Darstellung.) Paris méd. Jg. **15**, Nr. 42, S. 316—318. 1925.

Auf den Anschauungen Claudes über die Trennung der Schizophrenie von der Dementia praecox, sowie auf denen Kretschmers über die Abgrenzung schizoider und syntoner Typen fußend, versucht Verf. eine zeichnerische schematische Dar-

Digitized by Google

stellung der wesentlichen psychischen Besonderheiten des Syntonen, Schizoiden und Schizophrenen, die im Referat nicht wiedergegeben werden kann. *W. Runge* (Kiel).

Claude, Henri: Démence précoce et schizophrénie. (Dementia praecox und Schizophrenie.) Paris méd. Jg. 15, Nr. 42, S. 312—316. 1925.

Verf. hält die Dementia praecox und die Schizophrenie für wesensverschieden. Erstere ist eine primäre Prozeßpsychose mit anatomischen Veränderungen, die zu verschiedenen hochgradigen Intelligenzdefekten führt und zuweilen schizophrenen Charakter zeigt. Die Schizophrenie ist dagegen Ausdruck eines konstitutionellen Zustandes, der schizoiden Konstitution. Es besteht eine Anlage zur Dissoziation der Persönlichkeit, zur Insuffizienz des Kontaktes mit der Realität und Außenwelt, eine Neigung zur „Interiorisation", zu imaginativen Konstruktionen und zum Symbolismus. Diese Anlage kann durch äußere Einflüsse oder eine ausreichend entwickelte Autokritik in Schranken gehalten, gehemmt werden, sie kann latent vorhanden sein und sich nur unter geeigneten Bedingungen enthüllen, kann aber auch in stärkerem Grade vorhanden sein und sich in dem ganzen Verhalten der Lebensart äußern, ohne jedoch die Anpassungsfähigkeit an Existenzbedingungen und Realitäten völlig auszuschalten. Durch Einflüsse, die ebensowenig bekannt sind wie die, welche die Anfälle des periodischen Irreseins veranlassen, entwickeln sich Erregungen oder Depressionen, in denen der Bruch mit der Realität, die autistische Einstellung verstärkt wird. Diese „Schizomanie" stellt also einen schwereren Grad dar als der schizoide Zustand. Viele Individuen bleiben in diesen Stadien des schizoiden oder schizomanischen Zustandes. Bei anderen kommt es zu einem weiteren Grad, dem der „Schizophrenie" und damit zum vollständigen und definitiven Verlust des Kontraktes mit der Außenwelt; die „autistischen Konzeptionen" überwiegen, Symbolismus, Wahnbildungen, Zerfallserscheinungen treten hervor. Es kommt dann zu einer verschiedengradigen Demenz. Der Verfall der psychischen Funktionen ist also hier die sekundäre Folge der Dissoziation, deren Initialphänomen die autistische Orientierung des Denkens ist. Eine solche Unterscheidung ist auch deshalb wichtig, weil bei der Schizophrenie prophylaktische und therapeutische Maßnahmen (psychische Hygiene, Reedukation, geeignete Umwelt) gewisse Erfolge erzielen können. *W. Runge* (Kiel).

Charpentier, P.-L.-J.: Un cas de démence précoce consécutif à la vaccination antityphoïdique. (Ein Fall von Dementia praecox im Anschluß an die Typhusschutzimpfung.) Clinique Jg. 20, Nr. 51, S. 339. 1925.

Bericht über einen Fall von angeblicher Dementia praecox, der unter eigenartigen Erscheinungen zum Ausbruch kam. Der Bericht ist so lückenhaft gehalten, daß eine Deutung und kasuistische Verwertung des Falles eine völlige Unmöglichkeit ist. Es handelt sich um einen jungen Bauern, der zunächst unter cerebralen Erscheinungen mit hohem Fieber und gastro-intestinalen Symptomen erkrankt. 5 Tage vorher wurde eine Injektion mit Typhusvaccine gemacht. Die Allgemeinstörungen und das Fieber bestanden 5 Tage lang, dann kritischer Temperaturabfall. Nach ungefähr 2 Monaten erneute Erkrankung unter cerebralen Erscheinungen unklarer Art bei starker Störung des Allgemeinbefindens. Danach sehr langsame Besserung bis zur scheinbar völligen Genesung innerhalb eines Jahres. Am Ende dieses Jahres Ausbruch einer Dementia praecox mit psychomotorischen Erregungszuständen und Größenideen. *Berthold Kihn* (Erlangen).

Cassity, John Holland: Comments on schizophrenia; including excerpts of a case. (Beitrag zur Schizophrenie, Krankengeschichte eines Falles.) (*Saint Elizabeths hosp., Washington.*) Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. 62, Nr. 5, S. 477—484. 1925.

Cassity beschreibt kurz das Krankheitsbild eines Schizophrenen (? Ref.) mit zahlreichen sexuellen Äußerungen. Es besteht eine starke Bindung an die Mutter, ein ausgesprochener Ödipuskomplex im Sinne Freuds. Er betont, daß die Psychoanalyse derartige Fälle unserem Verständnis sehr viel näher bringen kann. *Josephy* (Hamburg).

Schwarz, Hanns: Studie über den ungewöhnlichen Verlauf einer Katatonie. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Charité, Berlin.*) Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 59, H. 1/2, S. 50—69. 1925.

Verf. beschreibt einen Fall von schizophrener Psychose eines Mädchens, deren Verlauf er von Beginn (mit 21 Jahren) bis zum Tode (mit 30 Jahren) verfolgen konnte, ohne daß eine Senkung des Persönlichkeitsniveaus, eine affektive Starre und Verarmung dabei zur Beobach-

Digitized by Google

tung kam. Es traten, aus geordneten Intervallen heraus, akinetisch-hyperkinetische, katatone Phasen von kurzer Dauer auf, die vor allem in den letzten 3 Jahren einer gewissen regelmäßigen Rhythmik folgten; in 32 Monaten traten 24 solcher Phasen von durchschnittlich 7tägiger Dauer auf; die Intervalle schwankten zwischen 6 und 135 Tagen, betrugen meist 30 Tage — ohne daß eine Beziehung zur Menstruation sichtbar war. In der Phase der Motilitätspsychose bestand kein Rapport zur Umwelt und die typische Ausgestaltung der Wernickeschen motorisch-kinetischen Bilder: Hyperkinese mit Raptus, Hypermetamorphose, inkohärent-verbigeratorischer Äußerungsweise — und Akinese, mutistischer Stupor, Attonität, wächserne Biegsamkeit. Beim „Erwachen" daraus bildet sich ein halluzinatorisch-paranoides „Nachstadium" mit jähem Nebeneinander von Zerfahrenheit und geordneter Gedankenführung. In den ruhigen Intervallen ist die Kranke feinfühlig, gibt Selbstschilderungen ihres Erlebens, empfindet sich als gespalten; sie hält aber an gewissen Wahnbildungen, auch physikalischen, dauernd fest. — Verf. stellt ähnliche Fälle aus der Literatur zusammen; obwohl ihm die Seltenheit so extremer Fälle zugestanden werden muß, so sind doch wohl die Eigenarten dieser Verlaufstypik in abgeschwächterem Grade keineswegs so selten, wie es nach der von ihm beigebrachten Literatur erscheint. Mit Recht lehnt er die Annahme einer epileptischen Komponente in diesem Bilde als Erklärungsmittel der Periodizität ab — nichts spricht beweisend dafür. Aus der — leider nur flüchtigen — Analyse der Aszendenten und derjenigen der prämorbiden Persönlichkeit der Kranken schließt er — im Sinne von Bleuler und H. Hoffmann — auf eine Konstitutionslegierung zykloider und schizophrener Konstitutionsstigmen, deren erstere die Periodizität und die maniforme Pathoplastik gestalteten, deren letztere die Psychose pathogenetisch-essentiell bestimmten. *Kronfeld* (Berlin).

Hegner, Tom: Gerichtsfall von Hebephrenie. Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 46, S. 1658—1661. 1925. (Tschechisch.)

Bericht über den Fall eines 23jährigen Hebephrenen, der eines geringfügigen Anlasses wegen seine Tante ermordete. In den ersten Kinderjahren verlief seine Entwicklung ganz normal, nach dem Tode seiner Mutter, der in seinem 12. Lebensjahr erfolgte, entwickelte sich bei ihm ein Depressionszustand und anschließend daran eine Charakterveränderung ad peius. Er verlor die Liebe zum Vater, war ganz ohne Initiative und zu keiner Arbeit fähig, hatte Größenwahnideen und anscheinend auch Halluzinationen. Seine Umgebung, der die Veränderung seines Charakters nicht entging, hat sie auf seine exzessive Masturbation bezogen. Seine Verstimmungszustände wurden von Erregungsphasen unterbrochen, in denen er nicht wußte, was er tat. In einem derartigen Zustand hat er auch den Mord vollbracht. *H. Zweig.*

Travis, Lee Edward: A test for distinguishing between schizophrenoses and psychoneuroses. (Prüfung zur Unterscheidung von Schizophrenie und Psychopathie.) Journ. of abnorm. psychol. a. soc. psychol. Bd. 19, Nr. 3, S. 283—298. 1924.

Diese Arbeit stellt die 3. aus einer Serie von Veröffentlichungen des Verf. dar, die sich mit der Änderung der Reizschwelle für gewisse, besonders akustische Sinnesreize unter bestimmten Bedingungen beschäftigen. Die Methode ist nachzulesen in seiner 2. Arbeit (vgl. dies. Zentrlbl. 38, 351). [Untersucht wurden 59 Fälle, davon 22 Psychoneurosen, 24 Schizophrene, 2 Manisch-depressive und 18 organische Psychosen. Sämtliche Psychoneurosen zeigten entsprechend seinen früheren Untersuchungen eine Herabsetzung der Reizschwelle im Zustand des Tagträumens, gegenüber der vor- und nachher festgestellten Empfindlichkeit bei der auf Reiz gerichteten Aufmerksamkeit. Von den 24 Schizophrenen ergab sich bei 21 eine Erhöhung, aber bei 3 eine Erniedrigung des Schwellenwertes, bei den 2 Manisch-depressiven eine Erhöhung, während die 11 organischen Fälle kein einheitliches Ergebnis zeigten. Die unterschiedliche Reaktion der Psychoneurosen und Schizophrenien sei durch den diametralen Gegensatz dieser beiden Gruppen zueinander bedingt, die einen seien besonders charakterisiert durch Suggestionsbereitschaft und Eindrucksfähigkeit, die anderen durch Negativismus. Es handele sich um eine objektive differentialdiagnostische Prüfung zwischen Psychoneurosen und Schizophrenien. Der Autor hält sie für so sicher, daß er die klinische Diagnose im Vergleich zu den Ergebnissen der experimentellen Untersuchung für roh erklärt und meint, bei den 3 Fällen von Schizophrenie, wo seine Untersuchung eine Herabsetzung der Reizschwelle entgegen seiner theoretischen Voraussetzung ergab, sei wohl wenigstens bei 2 Fällen die klinische Diagnose nicht richtig gewesen. Verf. zieht dabei eine Parallele zur inneren Medizin, wo doch auch die klinische Diagnose durch den Laboratiumsnachweis z. B. von Diphtheriebacillen beeinflußt werde. *Albrecht* (Berlin).

Digitized by Google

Witte, F.: Über anatomische Untersuchungen der Hoden von Schizophrenen. (*Rhein. Prov.-Heil- u. Pflegeanst., Bedburg-Hau.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 98, H. 5, S. 789—796. 1925.

Bei vorsichtiger Beurteilung unter Berücksichtigung der vielen in Betracht fallenden Fehlerquellen läßt sich feststellen, daß bei Schizophrenen auffallend häufig, in etwa 60% des Untersuchungsmaterials (134 Schizophrene; Kontrollmaterial 80 Paralysen, 100 Senile), abnorm kleine Hoden vorkommen. Ebenso findet sich sehr oft eine fehlende oder mangelhafte Spermiogenese. Einen weiteren Befund stellen Inseln völlig verödeter Tubuli dar; sie finden sich etwa in $^1/_3$ der Fälle, gleichmäßig über alle Altersklassen verteilt. Von einer Verminderung der Zwischenzellen, wie sie Mott als Regel angibt, kann nur selten die Rede sein. Die gefundenen Störungen sieht Verf. als Ausdruck einer angeborenen Minderwertigkeit der Hoden an. *Neubürger* (München).

Verblödungsprozesse:

Schükry, Ichsan: Histopathologische Untersuchungen an Gehirnen von alten Leuten aus Kleinasien. Stambul Seriryati Bd. 7, Nr. 2. 1925. (Türkisch.)

Verf. fand bei 2 Fällen, bei welchen klinisch arteriosklerotisches Irresein diagnostiziert worden war, Atherosklerose, allgemeine Atrophie, Piaverdickung, multiple Erweichungsherde, Nervenzellveränderungen und perivasculäre Gliose. Bei 2 Anatoliern von 60 bzw. 70 Jahren, welche klinisch als Dementia senilis angesprochen worden waren, fanden sich nur Atrophie der Windungen, Piaverdickung, Verkleinerung der Nervenzellen mit Zunahme des Abnützungspigmentes, Verarmung an markhaltigen Fasern in der Rinde, sowie perivasculäre Gliose. Die sogenannten senilen Drusen dagegen wurden völlig vermißt. Auch bei einem 50jährigen Mann, welcher ein der Alzheimerschen Krankheit ähnliches Bild dargeboten hat, fehlten sowohl Drusen als Alzheimersche Fibrillenveränderung; dafür fand sich u. a. ein körniger Zerfall der Neurofibrillen. — Bemerkenswert erscheint dem Ref. das Fehlen von Drusen deswegen, weil F. H. Lewy an Gehirnen von senilen Anatoliern ebenfalls Drusen und die Alzheimersche Fibrillenveränderung vermißt hat (vgl. dies. Zentrlbl. 42, 449). Das Material von F. H. Lewy und Schükry ist noch viel zu gering, als daß man aus diesen negativen Befunden irgendwelche Schlüsse ziehen könnte. Aber das Problem, ob die Drusen und die Alzheimersche Fibrillenveränderung der alten Leute bei den verschiedenen Rassen mit gleicher Häufigkeit vorkommen oder nicht, ist sehr interessant und wäre eingehender Untersuchungen wert. *H. Spatz* (München).

Nayrac et Dubruille: Sur la maladie d'Alzheimer dans ses rapports avec la démence sénile. (Über die Alzheimersche Krankheit in ihren Beziehungen zur senilen Demenz.) (*Clin. psychiatr., univ., Lille.*) Ann. méd.-psychol. Jg. 83, Bd. 2, Nr. 4, S. 327 bis 343. 1925.

Ausgehend von einem klinisch und anatomisch untersuchten Fall von Alzheimerscher Krankheit werden die anatomischen Befunde im einzelnen diskutiert, ohne daß neue Gesichtspunkte gebracht werden. Die Alzheimersche Krankheit wird in nahe Beziehung zur arteriosklerotischen Demenz gebracht und nimmt nach der Ansicht des Verf.s eine Zwischenstellung ein zwischen dieser und der senilen Demenz. *A. Jakob* (Hamburg).

Minea, I.: Über die senilen Pseudoplaques. (*Clin. neurol., univ., Cluj.*) Clujul med. Jg. 6, Nr. 9/10, S. 333—336. 1925. (Rumänisch.)

Bei der Untersuchung eines längere Zeit in Formol fixierten senilen Gehirns konstatiert Verf. nebst wenigen senilen Plaques — die er auch früher fand — eine beträchtliche Menge von fettartigen Plaques. Verf. zieht den Schluß, daß die von verschiedenen Autoren beschriebenen fettartigen Plaques Kunstprodukte sind. Was übrigens auch von anderen Autoren bestätigt und experimentell nachgewiesen wurde. *Ureckia* (Klausenburg).

Timmer, A. P.: Der Anteil der Mikroglia und Makroglia am Aufbau der senilen Plaques. (*Laborat., prov. ziekenh., Santpoort* [*Holland*].) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 98, H. 1/2, S. 43—58. 1925.

Verf. hat das Gehirn einer senil dementen Frau eingehend untersucht und dabei außer den sonst üblichen Methoden die von Hortega angewandt. Er fand zahlreiche senile Plaques und glaubt, daß bei deren Bildung das „dritte Element" die entscheidende Rolle spielt. Die Plaques entstehen durch ein Konfluieren mikrogliöser Elemente, die dann einer Nekrobiose anheimfallen und dabei argentophile Degenerationsprodukte

Digitized by Google

bilden. Faserbildende Astrocyten können den Prozeß in der Weise abschließen, daß sie eine Art Demarkationsnarbe um die Plaques formieren. — Daß die Glia an der Bildung der Plaques einen wesentlichen Anteil besitzt, haben andre Autoren schon früher festgestellt. Verdienstvoll bleibt die Feststellung, daß die Mikroglia dabei mobilisiert wird. Ob sie aber das ausschließliche Substrat der Plaquesbildungen liefert, ist schon aus dem Grunde sehr zweifelhaft, weil die diffusen Flecke in der Rinde seniler Individuen damit nicht erklärt werden können. *Max Bielschowsky* (Berlin).

Infektions- und Intoxikationspsychosen, Alkoholfrage:

Mazaćová, Anna: Graviditäts-, Puerperal-, Lactationspsychosen. Rev. v neurol. a psychiatrii Jg. 22, Nr. 6, S. 179—184 u. Nr. 7/8, S. 265—274. 1925. (Tschechisch.)

Die Ätiologie der Puerperalpsychosen läßt sich nicht nur von einem Standpunkte, z. B. nur vom toxikologischen oder bakteriellen, beurteilen. Ebenso läßt sich das klinische Bild nicht einheitlich charakterisieren. Die Puerperalpsychosen verlaufen akut meist unter dem Bilde der Amentia; einige Fälle der Verf. hatten einen chronischen Charakter. Die Lactationspsychosen zeigten Neigung zu protrahiertem Verlaufe, mitunter mit Stupor. Im allgemeinen unterliegen diese Psychosen jenen Regeln, welche Bonhöffer unter dem Namen der exogenen Reaktivitäten zusammenfaßt. *O. Wiener* (Prag).

De Paoli, Mario: Contributo alla cura delle forme amenziali. (Beitrag zur Behandlung von amentialen Geistesstörungen.) (*Osp. psichiatr., Como.*) Giorn. di psichiatr. clin. e tecn. manicom. Jg. 53, H. 3, S. 101—110. 1925.

Ausgehend von der Wirkung normalen Pferdeserums auf den Organismus durch Aktivierung der Abwehrkräfte, Steigerung des Zellstoffwechsels, der Blutbildung und der Tonicität des Herzgefäßsystems, sowie durch Erhöhung des Opsoninindex, hat Verf. 10 schwere Formen von Amentia und 5 Fälle von Del. tremens mit diesem Serum behandelt (40—50 ccm in 3—4 Dosen) und damit gute Erfolge erzielt. — Er befürwortet diese Behandlung auch für infektiösentzündliche Gehirnerkrankungen. *Zingerle* (Graz).

Ameghino, Arturo, und Alejandro A. Raimondi: Geistige Verwirrung infolge Erregungsshock bei einem Tuberkulösen. Rev. de la asoc. méd. argentina (Soc. argentina de neurol. y psiquiatría) Bd. 37, Nr. 231, S. 23—30. 1924. (Spanisch.)

Bei dem 26jährigen Manne, der einen ruhigen Charakter hatte, aber leicht zum Zorn und zu impulsiven Handlungen neigte, machten sich die Zeichen der Lungentuberkulose geltend. Damit veränderte sich auch sein Wesen: er wurde nervös, reizbar, unverträglich. Dazu kam ein erschütterndes Ereignis: seine Schwester starb an Hämoptoë in seinen Armen. Von jetzt an lebte er beständig in der Furcht, es könnte ihm dasselbe Schicksal bevorstehen. Allmählich verschlimmerte sich sein Zustand derartig, daß ein Verwirrtheits- und Erregungszustand eintrat, der seine Anstaltsaufnahme nötig machte. Auch die Lungenerscheinungen traten stärker hervor. Nach mehrmonatlicher Behandlung wurde er geistig und körperlich gebessert entlassen. Die körperliche Besserung hielt 1 Jahr an, dann flammte die Tuberkulose wieder auf, es trat Hämoptoë ein, ohne daß es aber wieder zu einer psychischen Störung kam. Diese war also offenbar seiner Zeit die Folge der Shockwirkung bei einem Disponierten. *Ganter* (Wormditt).

Wimmer, August: Der chronische Morphinismus und seine gerichtsärztliche Bedeutung. (*Kommunehosp., København.*) Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 45, S. 981—984 u. Nr. 46, S. 997—1001. 1925. (Dänisch.)

Wimmer erörtert hier die verschiedenen Gesichtspunkte, die bei der gerichtsärztlichen Beurteilung der Morphinisten in Frage kommen. In mancher Beziehung treten die gleichen Momente hervor, wie bei der Beurteilung der chronischen Alkoholisten, so die psychopathische Konstitution der meisten Morphinisten, häufig mit seelischer Haltlosigkeit. Der Morphiumrausch mit Verwirrung nach übermäßigen Dosen führt nur selten zu gerichtlichen Beurteilungen; auch die Abstinenzdelirien führen selten zu kriminellen Handlungen. Eher kommen in Betracht die moralischen Charakterveränderungen und Perversitäten des chronischen Morphinisten. Wenn auch körperliche Veränderungen (Pupillen) usw. auf den Morphinismus in zweifelhaften Fällen hinweisen, so ist am meisten beweisend die Abstinenzprobe und die Entziehung,

Digitized by Google

die mitunter unter Arrestierung des Kranken vorzunehmen ist. Meist handelt es sich um Rezeptfälschungen, Betrügereien, Diebstähle, selten um größere Verbrechen. Sittlichkeitsverbrechen sind selten, weil die Libido eher abgestumpft als gesteigert ist; mitunter tritt Pervertierung und Homosexualität hinzu, auch Prostituierung, um sich Mittel zum Morphiumgebrauch zu verschaffen. Auch Brandstiftung kommt vor, nur selten Kindesmord; dagegen häufig professionelle Fehler und Berufsfahrlässigkeiten bei Ärzten, Apothekern, Pflegerinnen, Hebammen, die morphiumsüchtig sind. Für die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit sind von Bedeutung: Der Grad des Morphinismus, die gesamte seelische und körperliche Mitleidenschaft, der Zeitpunkt der gesetzwidrigen Handlung (Morphiumrausch, Morphiumhunger usw.), akzessorische Momente (besondere Affekte und Anstrengungen), der seelische Zustand vor dem Morphiumgebrauch (Konstitution), endlich Komplikationen mit Cocaingebrauch, Alkoholismus usw. — Für kriminelle Morphinisten wäre die gewaltsame Internierung und Abschließung das sicherste Mittel. Dasselbe ist auch für verantwortungsvolle Beamte als Verbesserungsmittel anzuwenden. *S. Kalischer.*

David, Erich: Über die Ursachen der so häufigen Rückfälligkeit nach der Morphiumentwöhnung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 99, H. 3/4, S. 475—484. 1925.

Dem Verf. ist aufgefallen, daß Morphinisten gelegentlich noch $^3/_4$—1 Jahr nach Abschluß der Entziehung rückfällig werden, wenn sie aus der Kontrolle entlassen sind. Es ist ihm klar, daß dabei eine Reihe von Faktoren im Spiel sein können: Erlebnis, Milieu, Erschöpfung, inkretorische und Zellveränderungen, Charakter und Konstitution. Er hält eine, wenn Ref. recht versteht, tiefgehende psychagogische Behandlung der Morphinisten für notwendig. Darin wird man dem Verf. gewiß beizustimmen haben; derartige Vorschläge sind ja schon verschiedentlich gemacht worden. Wie dem Verf. nicht entgangen ist, sind mindestens die meisten Morphinisten psychopathische Persönlichkeiten; vielleicht hat er aber doch nicht in genügendem Maße sein Augenmerk auf folgende Sachlage gerichtet: die Morphinisten kommen in der Regel keineswegs aus Vergnügungssucht zum Giftmißbrauch, sondern es wirken dabei irgendwie in ihnen Konflikte mit, durch die sie auch im Mißbrauch festgehalten und wieder zum Mißbrauch getrieben werden. Es kann nicht wundernehmen, daß sie gefährdet sind, solange sie von Konflikten gequält werden und sobald sie aus einem Milieu entlassen sind, das sie gewissermaßen vor sich selber und damit vor ihren Konflikten schützt.

Eugen Kahn (München).

Kersten, H. E.: Über Vergiftung mit Morphin. Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 31, Nr. 16, S. 213—217. 1925.

Fall von tödlicher Dionin-Vergiftung eines 3 Jahr 9 Monate alten Mädchens, dem der angetrunkene Vater angeblich nur 4 Tropfen seiner ihm verschriebenen Medizin gibt. Bei der Obduktion gelingt nur der qualitative Nachweis, daß in den gemeisam untersuchten Organen (Gehirn, Leber, Nieren, Darmtraktus) Morphin enthalten war. Durch Nachprüfung des Tropfengewichtes der aus der Medizinflasche erhaltbaren Tropfen beweist Kersten, daß schon in den 4 Tropfen mehr als 6 mg Dionin enthalten waren, eine Dosis, die bei der Empfindlichkeit der Kleinkinder gegen Opiate den tödlichen Ausgang hinreichend erklärt.

F. Fränkel (Berlin).

Wwedenskij, N.: Narkotismus und Kriminalität. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 14—22. 1925. (Russisch.)

Verf. bespricht die im Institut für gerichtliche und psychiatrische Begutachtung in Moskau vorgenommene Beobachtung von 214 Fällen von Alkoholismus und Narkomanie in bezug auf Kriminalität derselben. Die Zahl der Alkoholiker und Narkomanen unter den Verbrechern wächst mit jedem Jahre, was auf die Rolle des Alkohols und der Narkotici als Träger der Kriminalität hindeutet. Die Fälle reiner, nicht mit Alkoholismus verknüpfter Narkomanie sind in der Minderheit (24%). Die häufigste Kombination ist Cocain mit Alkohol (53%). Deshalb darf man dem Cocain, mehr als anderen Narkotici, eine kriminologische Bedeutung zuschreiben. Der Alkoholgenuß beginnt durchschnittlich früher als derjenige anderer Narkotici (zwischen 10 und 15 Jahren), führt aber verhältnismäßig spät (zwischen 30 und 35 Jahren) zu gesetzwidrigen Handlungen. Die Narkomanen (Cocainisten) gewöhnen sich in einem vorgeschritteneren Alter an die Narkotici (zwischen 15 und 20 Jahren), sind aber den Alkoholikern in der Äußerung krimineller Tendenzen um 10 Jahre voraus (zwischen 20 und 25 Jahren). Hier haben die schwereren konstitutionellen Eigenschaften der Narkomanen mehr zu

Digitized by Google

sagen als die Narkomanie an und für sich. Bei den Alkoholikern (67%), und zwar bei chronischem Alkoholismus, dominieren Diebstahl, Vergeudung, Betrug, Raubanfälle. Die kriminogene Bedeutung des Alkoholismus besteht jedoch hauptsächlich in den gefährlichen, vorübergehenden Zuständen („délire onirique", pathologische Betrunkenheit, Dipsomanie), die sich infolge von Alkoholmißbrauch entwickeln, zu Störungen des Bewußtseins führen und einen automatischen Charakter annehmen. Als Folgen dieser Zustände erscheinen die in sozialer Hinsicht wichtigsten Verbrechen: Totschlag, Gewalttätigkeiten, Vergeudung öffentlichen Gutes usw. Beinahe 43% der alkoholischen Verbrechen sind diesen Zuständen zuzuschreiben, und dies berechtigt dazu von einem direkten, kriminogenen Einfluß des Alkoholismus zu sprechen. Die narkomanische Kriminalität ist quantitativ und qualitativ viel geringer als die alkoholische. Professioneller Diebstahl kommt am häufigsten vor, doch ist Cocainismus nicht die Ursache, sondern eher der Begleiter dieser Erscheinung. Unter den narkomanischen Verbrechern findet man die den Alkoholikern eigenen pathologischen Zustände nicht. In den wenigen derartigen Fällen bei Narkomanen lag der Grund in gleichzeitigem Mißbrauch von Alkohol. Die einzigen Fälle von direkter kriminogener Wirkung der Narkomanie beziehen sich auf Verletzung des Eigentumsrechtes im Zustande von Morphiumabstinenz. Vom Standpunkt der Psychiatrie ist der Zusammenhang zwischen alkoholischer Vergiftung und Kriminalität, dank den Veränderungen in der neuro-psychischen Persönlichkeit des Alkoholikers, ein sehr enger. Bei den Narkomanen ist dieser Zusammenhang viel oberflächlicher. Die Kriminalität des Narkomanen rührt von seiner psychischen Konstitution, von durch Narkotici gesteigerter psychischer und moralischer Unzulänglichkeit her und die Vergiftung hat keine selbständige Bedeutung. *Mark Serejski* (Moskau).

Hunziker: Die gesundheitliche Bedeutung des Alkohols. (*Jahresvers. d. schweiz. Ges. f. Gesundheitspfl., Bern, Sitzg. v. 6.—7. VI. 1925.*) Schweiz. Zeitschr. f. Gesundheitspfl. Jg. 5, H. 4, S. 617—632. 1925.

Verf. gibt eine gute Übersicht über die mannigfachen Schädigungen, welche der Alkoholgenuß auf den Organismus in leiblich-seelischer Hinsicht auszuüben vermag, und kommt zu dem Schluß, daß der Alkoholismus ein großes Unglück bedeutet; er schädigt die Volksgesundheit aufs schwerste; der Alkohol bevölkert Irrenanstalten, Gefängnisse, Spitäler. Der Schaden, den die alkoholischen Getränke dem Lande zufügen, ist viel größer als der Nutzen. Solche Schädlinge müssen im Interesse der Allgemeinheit bekämpft werden. *Juliusburger* (Berlin).

Lickint, Fritz: Der Parallelismus zwischen Alkohol und Tabak. Internat. Zeitschr. geg. d. Alkoholismus Jg. **33**, Nr. 5, S. 289—295. 1925.

Hinweis auf die körperlichen Schädigungen durch Tabakgenuß (Augen, Gefäßstörungen usw.) Volkswirtschaftlich bedeuten die Ausgaben für Tabak nach den zitierten statistischen Erhebungen etwa das Dreifache der Aufwendungen für Alkohol. Auch die Anbaufläche für Tabak sei größer als für Hopfen. Lickint lehnt ferner aus ethischen Gründen den Tabakgenuß ab. Er verpeste die Luft für die Nebenmenschen, er verleite zum Trinken, weil er die Kehle trocken mache. Wie die Redaktion der Intern. Zeitschr. anmerkt, besteht der wesentliche Unterschied zwischen den beiden Genußmitteln, daß Alkohol als ein soziales, Nicotin als ein individuelles Gift betrachtet werden muß. *F. Fränkel* (Berlin).

Mo, Arturo: Dipsomanie. Rev. de la asoc. méd. argentina (Soc. argentina de neurol. y psiquiatría) Bd. **37**, Nr. 231, S. 11—22. 1924. (Spanisch.)

An der Hand zweier Krankengeschichten bespricht Verf. die Symptomatologie und die Stellung der Dipsomanie im klinischen System. Prophylaktisch läßt sich nur schwer etwas erreichen, da die Kranken, wenn sie in die Anstalt gebracht werden, nach einigen Tagen mit dem Abklingen der krankhaften Erscheinungen wieder entlassen werden müssen. Da der dipsomanische Anfall mit einem Vorläuferstadium von Verstimmung und Angstgefühlen beginnt, glaubt Verf., durch Verordnung von Beruhigungsmitteln etwas erreichen zu können. In einem Falle hat er durch tägliche Einspritzung von 0,2 Luminalnatrium und 0,00025 Scopolamin 5 Tage hindurch den Kranken über das gefährliche Stadium hinwegbringen können. *Ganter* (Wormditt).

Digitized by Google

Hoff, Hans, und Paul Schilder: Über Lage und Stellreflexe beim Delirium tremens. Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 44, H. 2/3, S. 189—193. 1925.

Hoff und Schilder haben die bei Kopfdrehung nach der Seite auftretenden Tonusveränderungen in den zur Horizontalebene erhobenen Armen bei Deliranten untersucht und kommen dabei zu folgenden Hauptergebnissen: Das Auftreten seitlicher Abweichungen und von Höhendifferenzen der Arme ist bei Kopfdrehung im Delirium gesteigert; nach dem Delirium findet sich so gut wie regelmäßig eine Abschwächung; in manchen Fällen ein völliges Fehlen der Erscheinungen. Einige Zeit nach dem Abklingen des Deliriums hat sich in einzelnen Fällen die Reaktion wieder gebessert. Die Autoren neigen dazu, diese Verstärkung der Erscheinungen im Delirium auf eine im Delirium vorliegende Kleinhirnerkrankung zurückzuführen, mit Rücksicht darauf, daß ja nach Goldstein die Reaktionen bei Kleinhirnkranken verstärkt auftreten und ja alle Veranlassung vorliegt, beim Delirium eine Kleinhirnerkrankung anzunehmen. Sie betrachten die starken Reaktionen als Ausdruck einer Kleinhirnreizung. *Kurt Goldstein* (Frankfurt a. M.).

Harbitz, Francis, und Ragnar Vogt: Mord mit schwerer Körperverstümmelung („sadistischer Lustmord?") in starkem Alkoholrausch. Norsk magaz. f. laegevidenskaben Jg. 86, Nr. 10, S. 1045—1055. 1925. (Norwegisch.)

Im Alkoholrausch verübte ein sonst nicht pervers veranlagter junger Mann einen Lustmord mit schwerer Körperverstümmelung an den Brüsten und Genitalien. Es bestand anscheinend nur partielle Erinnerung an die Vorgänge des Mordes, die ein sadistisches Gepräge hatten. Früher hatte er auf Alkoholzufuhr nie mit Bewußtlosigkeit oder Trübung reagiert, so daß die angegebene Bewußtseinsstörung von den Gerichtsärzten ebenso wie positive Geistesstörung angezweifelt wurde. Man mußte einen Lustmord durch einen bewußten, haltlosen Psychopathen annehmen. Derselbe wurde zu 10 Jahren Gefängnis verurteilt.
S. Kalischer (Schlachtensee).

Traumatische Psychosen:

Lange, Johannes: Das manisch-depressive Irresein. Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 33, S. 1577—1579. 1925.

Verf. gibt in Form eines Übersichtsreferates einen ausgezeichneten Überblick über die Entwicklung und den heutigen Stand der Lehre vom manisch-depressiven Irresein. Er bespricht die auf Erweiterung dieses Formenkreises hinzielenden Arbeiten, die Gesichtspunkte, die für eine engere Umreißung angeführt werden, er streift die Konstitutions- und Erbgangsuntersuchungen, die Frage des Symptomenkomplexes, der Krankheitseinheit und des Strukturaufbaus, Kretschmers Körperbaustudien werden gewürdigt, die Frage der Temperamentskrankheit erwogen, und endlich wird auch der pathogenetischen Bestrebungen Erwähnung getan. Wer nur einigermaßen die Entwicklung dieser Krankheitsgruppe im Wandel der letzten Jahrzehnte mitverfolgt hat, dem wird der Langesche Überblick in seiner Klarheit und Übersichtlichkeit ungeteilten Genuß bereiten. *G. Ewald* (Erlangen).

Iwanow-Smolensky, A. G.: Experimentelle Untersuchungen über sprachliche und mimische Reflexe in der manischen Phase der Cyclophrenie. (*Psychiatr. Klin., milit.-med. Akad., Leningrad.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 98, H. 5, S. 680 bis 707. 1925.

Die Widersprüche, die bei früheren Untersuchungen der experimentellen Assoziationsleistungen Manischer aufgetreten sind, erklären sich daraus, daß die verschiedenen Autoren verschieden hochgradige Erregungszustände vor Augen hatten. Verf. unterscheidet drei Grade oder Phasen manischer Erregung. In der ersten sind die Reaktionen gegen die gesunde Zeit beschleunigt und teilweise auch qualitativ gebessert. In der zweiten sind sie zum Teil auch noch beschleunigt, zugleich aber qualitativ verschlechtert. Ferner tritt eine Neigung auf, in der Antwort viele Worte zu gebrauchen. Die dritte Phase endlich ist gekennzeichnet durch das Hinzutreten oder die Verstärkung pantomimischer Reaktionen, wobei die mimische Reaktionszeit sehr

Digitized by Google

kurz, die sprachliche aber normal oder mehr oder weniger verlängert ist. Die Qualität der sprachlichen Reaktionen ist dabei herabgesetzt. Die Ergebnisse werden vom Verf. im Sinne der Lehre von den bedingten Reflexen gehirnphysiologisch ausgedeutet.
E. Küppers (Freiburg i. B.).

Wiersma, D.: Abweichende Erscheinungen bei Melancholie. (*Psychiatr.-neurol. klin., univ., Groningen.*) Psychiatr. en neurol. bladen Jg. 1925, Nr. 6, S. 345—355. 1925. (Holländisch.)

Bei drei depressiven Kranken, bei denen trotz ungewöhnlicher Nebenerscheinungen — bei zweien paranoide Wahnideen, bei dem dritten katatonisches Verhalten und lange Dauer — die Diagnose auf manisch-depressives Irresein gestellt werden mußte, wird der Frage nachgegangen, woraus sich die abweichenden Züge erklären. Verf. hält es für bedeutungsvoll, daß alle drei Kranken leptosomen Körperbau und stilles, einsilbiges Wesen darboten, Züge, welche an Dementia praecox erinnern, und versucht, aus der seelischen Wesensart die Entstehung der paranoiden Ideen und des stuporösen Verhaltens zu erklären. *Müller* (Dösen).

Benon, R.: Mélancolie vraie et récidive. (Die echte rezidivierende Melancholie.) (*Hosp. gén., Nantes.*) Journ. de neurol. et de psychiatr. Jg. 25, Nr. 9, S. 597—610. 1925.

Verf. hat hierbei reaktive Depressionszustände des höheren Lebensalters im Auge, die er scharf von den rezidivierenden Melancholien ohne äußere Ursache, er nennt sie Asthénie périodique, abgrenzen will. Es fehlt jede nähere Begründung seiner Auffassung. Die vorhandene Literatur ist nicht berücksichtigt, nicht einmal die französische. *Reiss* (Dresden).

Benon, R.: Mélancolie vraie et psychose périodique. (Die echte Melancholie und periodische Depression.) Bull. méd. Jg. 39, Nr. 46, S. 1228—1232. 1925.

Im ersten Absatz dieses Artikels findet sich der Satz: „Die Zusammenfassung Kraepelins" (sc. von echten Melancholien und manisch-depressivem Irresein) „ist die Konfusion selbst im Ausdruck wie in der Sache." Schon in früheren Arbeiten hat Benon ähnliche Gedanken vertreten (vgl. dies. Zentrlbl. 33, 236 u. 237), offenbar auch in Frankreich mit nur geringem Erfolg, denn er fragt jetzt, wie die geringe Aufmerksamkeit der französischen Autoren zu erklären sei. Die echte Melancholie sei von der Depression und der Asthenie zu trennen, sie werde durch äußere Ursachen hervorgerufen und gehe meist in Heilung über (50%). Doch kämen auch andere Ausgänge vor, und zwar: Heilung, Tod, Rezidiv, Dementia praecox, Verfolgungswahn, Hypochondrie, chronische Asthenie, periodische Asthenie, manische Asthenie, chronische Manie, intermittierende Manie, periodische Asthenomanie. Diese Tabelle gäbe eine klare Vorstellung von den Schwierigkeiten der Verhältnisse, meint der Verf., vielleicht darüber hinaus auch eine Antwort auf die oben aufgeworfene Frage, meint der Ref. Es werden dann 4 Krankengeschichten mitgeteilt, bei denen es sich nach unserer Nomenklatur wohl um manisch-depressive Erkrankungen handeln dürfte, denen das eine gemeinsam ist, daß die erste Depression scheinbar reaktiv ausgelöst ist. Verf. bezeichnet sie als echte Melancholien, kompliziert durch periodische Psychosen, intermittierende Asthenie, alternierende Asthenomanie, intermittierende Manie usw. *Albrecht* (Berlin).

Gordon, Alfred: Psychoses in twins. (Psychosen bei Zwillingen.) Americ. med. Bd. 31, Nr. 10, S. 603—607. 1925.

1. Schizophrenie bei Zwillingsbrüdern. Vater Trinker. Vor der Erkrankung wesentliche Unterschiede in körperlicher und psychischer Hinsicht, wodurch auch im Beginn der Psychosen Unterschiede bedingt wurden. — 2. Manisch-depressives Irresein bei Zwillingsschwestern. Auch hier bestanden Unterschiede im Charakter. L. war mehr depressiv veranlagt und erkrankte mehrfach an Depressionszuständen. H. heiter veranlagt, erkrankte an Manie, auf welche eine Depression folgte, während der sie an Pneumonie starb. *Campbell* (Dresden).

Rojas, Nerio, und José C. Belbey: Psychose bei vier Schwestern. Rev. de la asoc. méd. argentina (Soc. argentina de neurol. y psiquiatria) Bd. 37, Nr. 236, S. 174—184. 1924. (Spanisch.)

4 Schwestern erkranken im Verlaufe weniger Tage unter ganz analogen, wenn auch verschieden stark ausgeprägten Krankheitserscheinungen. Anamnese, klinisches Bild und Verlauf führen zu der Auffassung, daß es sich um transitorisches Irresein bei Degenerierten handelt. Verff. besprechen eingehend die Frage der Kontagiosität geistiger Erkrankungen, die abgelehnt wird. Nicht psychische Erkrankungen werden übertragen, sondern höchstens gewisse anormale, aber auch nicht immer persistierende Ideen. In den vorliegenden Fällen konnte auch von einem „induzierten Irresein" nur bedingt die Rede sein, da eine von den 4 Schwestern erkrankte, ohne mit den 3 anderen überhaupt zusammen gewesen zu sein. *Reich* (Breslau).

Digitized by Google

Degenerative psychopathische Zustände, Pathographien:

Mönkemöller: Psychopathie und Gesetzgebung. Arch. f. Kriminol. Bd. 77, H. 1, S. 31—50, H. 2, S. 114—125, H. 3, S. 210—222 u. H. 4, S. 281—286. 1925.

Verf. geht den einzelnen Zweigen der Psychopathenfrage mit Ernst und Gründlichkeit nach. Eine solche Beschäftigung mit ihr ist jetzt zweifellos geboten, da unsere Zeit für das Emporwuchern psychopathischer Neigungen und asozialer Triebe die günstigsten Bedingungen bietet. Vieles ist in der Fachliteratur schon in ähnlicher Weise erörtert, doch bleibt der Artikel auch durch die persönliche Note und reiche Erfahrung des Autors interessant. Eine mildere Behandlung der Psychopathen im Strafvollzug ihrer verminderten Zurechnungsfähigkeit entsprechend findet er nicht für richtig, weil man damit das Gegenteil von dem erreichen würde was man soll. Verf. ist durchweg pädagogisch eingestellt und widmet sich daher mit besonderer Wärme dem Gebiet der Fürsorgeerziehung. Ihr wurde von psychiatrischer Seite stark damit geschadet, daß man die Psychopathie als angeborene Veranlagung als unwandelbar hinstellte. Die Erfahrung lehrt aber, daß eine große Menge asozialer Persönlichkeiten soweit gebracht werden kann, daß sie ihre asozialen Anwandlungen zu unterdrücken vermögen und sich leidlich in die Gemeinschaft einfügen. Die Verfolgung der Lebensschicksale entlassener Fürsorgezöglinge hat gelehrt, daß die Erziehung bei einem großen Teile von ausgeprägten Psychopathen eine nachhaltige Wirkung auch da entfaltet hat, wo es von vornherein nicht zu erwarten war. Allgemeine Aufklärung muß aber dafür sorgen, daß die Objekte rechtzeitig sachgemäßer Einwirkung zugeführt werden. Der deutsche Verein für Psychopathenfürsorge ist um den Ausbau systematischer Fürsorge für Kinder und Jugendliche bemüht. Seine Erfahrungen haben gezeigt, daß die Psychopathie sich für Schutzaufsicht weniger zugänglich erweist, der Schwerpunkt vielmehr in der Fürsorgeerziehung liegt. Klärung in den beim Einzelfalle sich ergebenden Fragen kann vielfach nur sachgemäße Beobachtung bringen, wie sie § 65 des JWG. vorsieht. Dazu eignen sich Beobachtungsheime, in denen das gewohnte Leben solcher Jugendlicher in Unterricht, Arbeit und Muße zutage tritt, besser als Kliniken. Das strafmündige Alter von 14 Jahren erklärt Mönkemöller auch hier für zu niedrig, die Grenze liegt tatsächlich bei 16. Auch in Fällen, die unbedenklich ins Gefängnis kommen könnten, führt die Erziehung unendlich weiter. Man muß aber diese Scheu vor Überweisung in Fürsorgeerziehung überwinden. Diese muß auch gelegentlich in strenger Weise geübt werden, wenn man allen Formen der Psychopathie entsprechen will. Unzureichend ist bisher noch die Wanderfürsorge — Arbeitshaus und Arbeiterkolonien müssen in der heutigen Form versagen — eine Beschränkung der freien Selbstbestimmung geistig minderwertiger Vagabunden ist am Platze. Beim weiblichen Analogon dieser Gruppen muß das in Vorbereitung befindliche Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten auf eine ausreichende Fürsorge für Geschlechtskranke und Prostituierte, insbesondere für die Jugendlichen und Minderwertigen unter ihnen bedacht sein. Die Erfahrung mit diesen beiden und anderen Gruppen asozialer Persönlichkeiten hat zur Forderung eines Verwahrungsgesetzes geführt, dessen ersten Entwurf M. mit Recht als unzureichend erklärt. Die Verwahrungsanstalt ist natürlich nur als letztes Glied einer Reihe von Maßnahmen zu denken, die sich für Vagabunden etwa wie folgt darstellt: örtliche Schutzaufsicht — Haftstrafe — Arbeitsheim — Verwahrung. Für unstete Psychopathen sollte der 1913 erschienene Entwurf für ein Reichwandererfürsorgegesetz sorgen, der die Errichtung von Wandererarbeitsheimen vorsah. *Gregor* (Flehingen in Baden).

Schindler, Walter: Zur Dynamik des Sadomasochismus. Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychanalyse Bd. 2, S. 127—195. 1926.

Sadomasochismus ist nach des Verf. Ansicht, der bei Stekel arbeitete und aus dessen Material seine Fälle entnimmt — allerdings mit, wie Stekel in einer Fußnote anmerkt, völliger Freiheit der Meinung —, eine sexuelle Spannungskrankheit. Beide

Digitized by Google

Spannungstendenzen, die masochistische wie die sadistische, verlaufen in der Richtung zur Lebensbejahung, zu positiven lustbetonten Empfindungen. Der Todestrieb des Masochisten ist nur scheinbar vorhanden. Die Sadomasochisten besitzen eine konstitutionell geschwächte seelische Elastizität in punkto Liebe; ihnen fehlt die zum Erleben ihrer spezifischen Liebesszene ausreichende Liebesspannung. Der anlagemäßige Anteil an Aktionstrieb entscheidet über die Neigung des Individuums zum Sadismus oder Masochismus. Dem Aktionstrieb übergeordnet ist das Gewissen. Es wäre interessant, zu wissen, wie die mitgeteilten Fälle von Parapathie in der Behandlung und wissenschaftlichen Verarbeitung eines „Schul"psychiaters ausgesehen hätten!

Villinger (Hamburg).

Gerster, Karl W.: Beziehungen des Narzißmus zur Homosexualität. Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychanalyse Bd. 2, S. 240—253. 1926.

Verf. gibt ausführlich 2 Fälle von männlicher Homosexualität wieder, bei denen er die Unterdrückung der weiblichen Komponente als den ausschlaggebenden Faktor für das Zustandekommen einer narzistischen Triebabweichung anspricht. Ganz allgemein glaubt er Fälle von Narzismus in dem Sinne deuten zu müssen, daß der verdrängte Teil der Sexualpersönlichkeit die Triebfeder der ins Maßlose gesteigerten Verliebtheit in die eigene Person geworden ist.

Birnbaum (Herzberg).

Lachtin, M.: Beichte eines Homosexuellen. Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychanalyse Bd. 2, S. 254—287. 1926.

Die ausführlich wiedergegebenen Tagebuchblätter eines Homosexuellen geben Verf. Anlaß, sich über mancherlei einschlägige Fragen: den inneren Wert psychopathologischer Zustände, über das Verhältnis sexueller Erlebnisse bei Invertierten und Normalen, über die moralische Bewertung der Sexualität, über die Frage, ob Homosexualität ein Normalzustand oder eine Krankheit ist und dergleichen, zu äußern. *Birnbaum* (Herzberge).

Psychogene Psychosen, Hysterie, Kriegsneurosen:

● **Lilienstein und Kastan: Nervöse Herzerkrankungen und ihre Behandlung. 2. wesentlich vermehrte Aufl. Kleine klin. Bücherei. H. 26.** Leipzig: Repertorienverlag 1925. 32 S. G.-M. 1.20.

Eine kleine, alle wesentlichen Fragen immer nur kurz streifende Arbeit, die dem heutigen wissenschaftlichen Standpunkt nicht gerecht wird. Da auch ein Psychiater als Verfasser mitzeichnet, ist es besonders auffällig, daß von „Unfallneurosen mit Herzbeschwerden" gesprochen und behauptet wird, daß diese „häufig nach Traumen in der Brust- und Herzgegend zurückbleiben". Auffällig ist auch, daß von „reaktiven Psychopathen", von „den Neurosen zugrunde liegender Obstipation", von „neurotroper Form der Grippe" gesprochen und gesagt wird, daß „abnormes Sexualleben zu endokrinen Dysfunktionen" führe und „chronische Intoxikationen durch Tee und Kaffee organische Veränderungen am Herzmuskel" hervorrufen könnten. Auch sonst stößt man überall auf Behauptungen oder eine wissenschaftliche Einstellung, die zu Widerspruch herausfordert. *Stier* (Charlottenburg).

Bychowski, Gustav: Zur Frage nach den Beziehungen zwischen der Psyche und dem weiblichen Genitalsystem. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 59, H. 3/4, S. 209—214. 1925.

Es handelt sich um eine 26jährige Frau, bei der die körperliche Untersuchung ausgesprochenen Infantilismus der gesamten Genitalorgane, übermäßige Fettleibigkeit und einen zum Teil männlichen Behaarungstypus ergibt. Es bestanden menstruelle Störungen. Patientin war auch niemals gravide geworden. Häufig wiederkehrende Depressionen mit Zwangsgedanken führten sie zum Arzt; wenn sie ein offenes Fenster oder spitze Gegenstände sah, drängte sich ihr zwangsmäßig die Idee auf, sich hinausstürzen resp. verletzen zu müssen. Eine psychoanalytische Behandlung habe gute Erfolge gehabt. 3 Monate nach Abschluß der Kur sei der Genitalbefund im allgemeinen normal gewesen, die Menses seien immer regelmäßiger geworden und schließlich sei die Patientin gravide geworden. Verf. zieht aus den Ergebnissen der Psychoanalyse den Schluß, daß Patientin im Unbewußten ihre Weiblichkeit bekämpft habe und den Wunsch gehabt habe Mann zu sein. Die dadurch bedingten sadistischen Impulse gegen ihren Vater, Mann und Bruder hätten sich dann in masochistische gegen ihre eigene Person umgewandelt. Der Psychoanalyse sei es gelungen, diese Zusammenhänge aufzuklären und das neurotische Krankheitsbild aufzulösen. Verf. vermutet, daß die als Folge der ana-

Digitized by Google

lytischen Behandlung aufgetretene psychische Umstimmung auch zur Umänderung der somatischen Verhältnisse geführt habe und weist im allgemeinen auf die Beeinflussung der Genitalfunktionen durch psychische Faktoren hin. *Graf* (Frankfurt a. M.).

Lewis, Nolan D. C.: The practical value of graphic art in personality studies. (I. an introductory presentation of the possibilities.) (Die praktische Bedeutung von Zeichnungen für das Studium der Persönlichkeit [I. Einführende Darlegung der vorhandenen Möglichkeiten].) (*St. Elizabeth's hosp., Washington.*) Psychoanalytic review Bd. **12**, Nr. 3, S. 316—322. 1925.

Verf. sieht in der Ausdeutung von Zeichnungen bei Neurotikern die gleichen Erkenntnismöglichkeiten, wie sie die Traumdeutung der Psychoanalyse bietet, und empfiehlt ein solches Vorgehen auf Grund seiner Erfahrungen als zweckmäßig. Nach den bekannten Komplexen geordnet werden eine Reihe der am häufigsten beobachteten Darstellungen angeführt und ihre Bedeutung kurz gezeigt. Der Zweck der Arbeit ist, darauf hinzuweisen, daß künstlerischen Darstellungen für die Psychoanalyse der gleiche Wert innewohne wie der Traumdeutung. *Reiss* (Dresden).

Bleuler, E.: „Hystero-Epilepsie." Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 44, S. 1005. 1925.

Bleuler wendet sich mit Recht scharf gegen den Versuch, den Susmann Galant vor kurzem auf Grund eines einzigen, noch dazu durchaus ungenügend beobachteten Falles gemacht hat, den doch endgiltig beseitigten Begriff einer Hysteroepilepsie neu zu beleben. *Stier* (Charlottenburg).

Fenton, Norman: Anticipation neurosis and army morale. (Anticipationsneurosen und die Moral der Armee.) Journ. of abnorm. a. soc. psychol. Bd. **20**, Nr. 3, S. 282—293. 1925.

Unter Anticipationsneurosen versteht Verf. Neurosen, die bei Soldaten während des Krieges aus der Sorge um die Zukunft und der Angst vor den zu erwartenden Gefahren entstanden. Sie treten besonders bei solchen Leuten auf, die nicht von den Gedanken an ihre eigene Person loskommen konnten. *Campbell* (Dresden).

Osnato, Michael: Industrial neuroses. (Die Neurosen der Industriearbeiter.) Americ. journ. of psychiatry Bd. **5**, Nr. 1, S. 117—131. 1925.

An der Hand einiger Beispiele weist Verf. auf die außerordentlich komplizierte Genese vieler traumatischer Neurosen hin und rät zu möglichst frühzeitiger Behandlung durch geschicktes Zurückführen ins soziale Leben, wenn erforderlich mit Umstellung auf eine neue Berufstätigkeit. Nach in der Praxis erprobten Gesichtspunkten teilt er die Fälle ein in traumatische Hysterien und traumatische Neurosen. In der ersten Gruppe faßt er alle die psychopathischen Reaktionen zusammen, die bei Minderwertigen als Folge ihrer Unangepaßtheit anläßlich eines Traumas sich einstellen. Die zweite Gruppe umfaßt die Angstreaktionen vollwertiger Arbeiter, die sich in körperlichen Erscheinungen auswirken. So gehören für ihn auch hysterische Lähmungen, Erblindungen usw. in diese zweite Gruppe. Er warnt vor leichtfertigem Simulationsverdacht. Bei Fällen, die bis zu dem Trauma voll leistungsfähig waren und dann gänzlich versagen, glaubt er auch bei starker Neigung zur Übertreibung an einen ausgesprochen krankhaften Vorgang und hält daher die Ersatzpflicht für gegeben, wünscht aber möglichst glatte Erledigung mit einer kleinen endgültigen Rente. *Reiss* (Dresden).

Burch, Frank E.: Hysteric amblyopia and amaurosis. (Hysterische Amblyopie und Amaurose.) Americ. journ. of ophth. Bd. 8, Nr. 9, S. 699—712. 1925.

6 Fälle von hysterischer Amblyopie und Amaurose bei neuropathischen Individuen. Einer der Patienten, ein 21jähriger Student, litt außerdem an pseudo-epileptischen Anfällen; bei zwei anderen Kranken handelte es sich um Geschwister. Eine auslösende Ursache war in allen Fällen nachweisbar. Bei 3 Patienten bestand ein sicherer Zusammenhang mit einem Trauma (leichte Gesichtsverbrennung, elektrischer Schock, Kopftrauma beim Fußballspiel); in den übrigen 3 Fällen — sämtlich schulpflichtige Kinder — stellten besondere häusliche Verhältnisse oder Widerwillen gegen den Zwang der Schule ein wesentliches ätiologisches Moment dar. Eine organische Erkrankung konnte in jedem Falle durch den negativen Befund am Auge und am Nervensystem ausgeschlossen werden; auch die früher oder später

Digitized by Google

erfolgte Heilung bestätigte in den meisten Fällen die Richtigkeit der Diagnose. Bei den letzten 3 Fällen wirkte Milieuwechsel, Befreiung vom Schulbesuch und Landaufenthalt günstig. Die traumatisch bedingten Fälle besserten sich unter psychotherapeutischer Behandlung mit Ausnahme eines Falles, bei dem die Anerkennung von Rentenansprüchen eine Rolle spielte. *Taterka* (Berlin).

Seidler, Erich: Ein Fall von hysterischer Sehstörung und seine Heilung. (*Krankenanst. Rudolfstift., Wien.*) Wien. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 46, S. 2556. 1925.

Bei einem 16jährigen Mädchen entwickelte sich im Anschluß an einen Streit mit ihrem Verehrer im Kino eine fast völlige Blindheit, die vom Verf. am folgenden Tage durch die Suggestion, daß das Spiegeln mit rotfreiem Licht alle Störungen aufhellen werde, beseitigt wurde. *Max Grünthal* (Berlin).

Bodkin, H. A.: Psycho-paralysis. (Psychische Lähmung.) South African med. record Bd. **23**, Nr. 11, S. 229—232. 1925.

Einen Monat nach einem heftigen Schlag auf das rechte Auge eines 18jährigen Jungen wurde die Sehschärfe allmählich schlechter, bis nach 3 Monaten nur mehr Hell und Dunkel unterschieden werden konnte. Bulbus äußerlich völlig normal, Medien und Hintergrund rein. Es wurde eine retrobulbäre Neuritis auf Grund einer traumatischen Stirnhöhleneiterung erhoben. Nach Behebung der Sinusinfektion durch operative Drainage schnelle Wiederherstellung, um nach weiteren 3 Monaten einer tiefen Blindheit Platz zu machen. Sonderbarerweise wurde aber jetzt das linke, gesunde Auge insofern in Mitleidenschaft gezogen, als seine bisher ungestörte Sehschärfe sogleich auf $^6/_{18}$ sank, wenn das kranke Auge offen gelassen wurde. Deshalb vermied Patient es auch, mit unverdecktem blinden Auge herumzugehen; er stellte Doppelsehen entschieden in Abrede. In dem Gedanken an eine psychische Amblyopie kamen starke faradische Ströme zur Anwendung, worauf sich die Sehschärfe auf dem blinden Auge schon bei der 1. Sitzung soweit besserte, daß Patient grobe Schrift lesen konnte. Durch Verbalsuggestion wurde der normale Zustand in 3 Tagen dauernd wiederhergestellt. *Dexler* (Prag).

Oppikofer, E.: L'emploi des assourdisseurs de Bárány ou de l'assourdisseur de Lombard dans les cas d'aphonie pithiatique. (Der Gebrauch des Bárányschen oder Lombardschen Apparates bei Fällen funktioneller Aphonie.) Oto-rhino-laryngol. internat. Bd. **9**, Nr. 9, S. 508—509. 1925.

Fordert man den Kranken mit hysterischer Aphonie auf, so deutlich als möglich zu lesen, und macht ihn dann durch den Lombardschen Apparat auf beiden Ohren taub, so verliert damit der Kranke die Kontrolle über seine Stimme, und letztere wird sehr schnell völlig klar. Einen Moment später unterbricht man, während Patient das Lesen fortsetzt, den Strom des Apparates; Patient merkt dann, daß seine Stimme klar ist, und ist geheilt. So gab es Weill im Jahre 1925 an. Bereits im Jahre 1918 hat Ulrich ähnliches mit dem Bárányschen Apparat beschrieben, und Verf. (Oppikofer) wendet seit 2 Jahren den Bárányschen Apparat bei hysterischer Aphonie an, und zwar häufig, wenn auch nicht immer, mit gutem Erfolge (in 17 von 29 Fällen war unmittelbare Wirkung zu konstatieren). Der Erfolg und damit die Richtigkeit der Diagnose ist schön zu demonstrieren. *Kurt Mendel.*

● **Marcinowski, J.: Der Mut zu sich selbst. Das Seelenleben des Nervösen und seine Heilung. 2. verb. Aufl.** Berlin: Otto Salle 1925. XI, 368 S. R.-M. 6.—.

Die neue Auflage des psychoanalytisch orientierten Buches hat keine wesentlichen Veränderungen erfahren, und schließlich ist es auch verständlich, daß eine solche, stark weltanschaulich gerichtete Darstellung durch eine bloße Erweiterung des Wissensstandpunktes nicht wesentlich verändert werden kann. Im übrigen dürfte es manchem Leser des Werkes ähnlich wie Ref. ergehen: daß er zu Anschauungsweisen, die er seinerzeit beim erstmaligen Lesen des Buches einfach ablehnte, doch eine gewisse innere Beziehung gewonnen hat. Der grundsätzlichen psychagogischen Tendenz des Buches aber, dem ärztlichen Bestreben als seelischer Führer aus den nervösen Nöten zu dienen, wird man wohl auch unabhängig von der sonstigen neurologischen und psychotherapeutischen Einstellung prinzipiell zustimmen können. *Birnbaum* (Herzberge).

Levi-Bianchini, M.: La meccanica del sogno e l'ambivalenza del psichismo neurotico. (Contributo alla oniroteenica psicoanalitica di sogni psicosessuali.) (Der Mechanismus des Traumes und die Ambivalenz des neurotischen Seelenlebens [Beitrag zur

Digitized by Google

Psychoanalyse psychosexueller Träume].) (*Manicomio prov., Teramo.*) Arch. gen. di neurol., psichiatr. e psicoanal. Bd. 6, H. 3/4, S. 173—205. 1925.

Mitteilung und eingehende Analyse zweier Träume einer an Zwangsneurose leidenden Patientin, aus denen die Ambivalenz in Liebe und Haß am gleichen Objekt illustriert wird. *Erwin Wexberg* (Wien).

Cioni, Gastone: Simulazione di calcolosi renale in soggetto isterico. (Simulation von Nierensteinen bei einem hysterischen Individuum.) (*Osp. di S. Giuseppe, Empoli.*) Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 48, S. 1669—1670. 1925.

Eine 57jährige Frau verspürt plötzlich heftige, in die Hüfte und nach der Symphyse ausstrahlende Schmerzen der rechten Niere. Sie zeigt dem Arzt vier, mit dem Harn ausgeschiedene Steine. Nach einigen Tagen Wohlbefindens werden wieder 10 Steine ausgeschieden. Die Perioden der Schmerzfreiheit werden immer kürzer; nach und nach werden 301 Steine ausgeschieden, teils aus der Blase entfernt. Sie sind bohnen- bis getreidekorngroß. Im Urin auch Harngrieß. Rechte Niere vergrößert. Harnentleerung schmerzhaft und erschwert. Ernährungszustand für ein 8 Monate dauerndes Leiden sehr gut. Bindehaut- und Rachenreflexe fehlen. Beginnende Gefäßsklerose. Rechts Nierensenkung. Bei Katheterismus Ureter gerötet; im rechten Ureter im Abstand von 10 cm unüberwindliches Hindernis. Urin: alkalisch, enthält Spuren von Eiweiß und Blutfarbstoff. Cystoskopie und Röntgenuntersuchung negativ. Nach Campher und Aqu. dest. hören die Koliken ebenso prompt auf wie nach Morphium. Eine bei Ausstoßung eines Steines während der Harnentleerung vorgenommene Röntgenaufnahme deckt die Simulation auf. Schmerzen treten weiter auf. Steine werden nicht mehr ausgeschieden. Die Hämaturie wird durch das Passieren der Fremdkörper, das Hindernis beim Katheterismus als eine auch in der Norm vorkommende Erscheinung, die Vergrößerung der Niere als eine Folge der Nierenptosis und der dadurch hervorgerufenen Knickung des Ureters erklärt. Patientin wollte von ihren Schmerzen durch Operation befreit sein und hatte gesehen, daß andere Kranke mit Nierensteinen operiert wurden. *Kastan* (Hamburg).

Forensische Psychiatrie.

Francke: Der amtliche Entwurf eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuches und das Jugendgerichtsgesetz. Zentralbl. f. Jugendrecht u. Jugendwohlf. Jg. 17, Nr. 8, S. 185—188. 1925.

Verf. erörtert die Differenzpunkte zwischen dem Jugendgerichtsgesetz und dem amtlichen Entwurf eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuches , deren Ausgleich in dem Einführungsgesetz zum neuen Str.G.B. vorgesehen ist und deshalb der Vorbereitung bedarf. Wie die Besprechung dieser Punkte, die sich auf die Zurechnungsunfähigkeit, die Teilnahme, das Absehen von Strafe, die besonders eingehend besprochene Bewährung und die Maßregeln der Besserung und Sicherung beziehen, ergibt, bestehen keineswegs grundsätzliche Unterschiede, die der Zusammenstimmung entgegenständen. Das JGG. ist vielmehr als Schrittmacher für den Entwurf in wichtigen prinzipiellen Neuerungen anzusprechen, die in diesem weiter ausgebaut sind. *H. Roemer.*

Adlerman, T. D.: Random thoughts on crime and insanity. (Betrachtungen über Verbrechen und Geisteskrankheit.) Nat. eclectic med. assoc. quart. Bd. 17, Nr. 2, S. 92—101. 1925.

Verf. tritt warm für ein strenges Heiratsverbot bei Geisteskranken und Verbrechern ein. Er begründet seine Forderung mit der entscheidenden Bedeutung der Vererbung geistiger Defekte, ohne positives neues Material dafür beizubringen oder irgendwelche Vorschläge für die Lösung der entgegenstehenden praktischen Schwierigkeiten zu haben. Auch geht er in seinen Forderungen etwas zu weit, wenn er jeden, der eine geistige Störung durchgemacht oder einmal im Leben einen epileptischen Anfall gehabt hat, rigoros von der Kindererzeugung ausschließen will. In der anschließenden Diskussion wird die Bedeutung der Vererbung anerkannt, aber von mehreren Seiten Einwände gegen die Schroffheit seiner Forderungen erhoben. Auch hier fehlt es an genügenden sachlichen Begründungen. *Reiss* (Dresden).

Hellstern, Erwin P.: Zur Psychopathologie des Verbrechers im Strafvollzug. Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. 6, H. 5, S. 500—514. 1925.

Der größte Teil der Schwerverbrecher setzt sich aus Psychopathen und Degenerierten zusammen, die sich in und außerhalb der Strafanstalt gleich benehmen. Verf.

Digitized by Google

beobachtete selten hypochondrische Einstellung oder rachsüchtige Gefühle mit Übertragen der Schuld auf Staatsanwälte und Richter. Doch behaupteten die meisten ihre Unschuld. Die Mehrzahl ist anfangs erregbar und zu Wutausbrüchen geneigt. Von der Erlaubnis des Beschwerdeschreibens machen die querulierenden Elemente übertriebenen Gebrauch. Die Arbeitsleistungen lassen sich durch Prämien steigern. Die geschlechtliche Enthaltsamkeit wird kaum empfunden. Lues will Verf. nur in 3,3% gefunden haben! Zuschriften an den Arzt erfolgten immer in der Absicht, Vorteile zu erreichen. Aufnahme in die Krankenabteilung oder Wechsel der Anstalt sind begehrt. Manche, zumal Gebildete, wünschen Einzelhaft, andere scheuen sie. Das Zusammensein mit Rückfälligen schafft eigentliches Verbrechertum. Wichtig ist die Entlassenenfürsorge. Anzustreben wären unbegrenzte Internierung für Unverbesserliche und ihre Sterilisierung vor etwaiger Entlassung. *Raecke* (Frankfurt a. M.).

Alsberg, Max: Kritische Bemerkungen zum Sexualstrafrecht des Entwurfs zu einem neuen Strafgesetzbuch. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform Jg. 16, H. 11/12, S. 321—330. 1925.

Die Bemerkungen befassen sich mit folgenden Punkten: mit der Ausschaltung der Unbescholtenheit, der Antragsfrage bei Verführung, dem Mißbrauch des Abhängigkeitsverhältnisses, der Zuhälterei, der Kuppelei, der Aufforderung zur Unzucht und der widernatürlichen Unzucht. Die Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Wenn der Verf. es „merkwürdig" findet, daß im Tatbestand der Verführung für weibliche Personen ein Schutzalter von 16 Jahren, für männliche ein solches von 18 Jahren gilt, so wird man ihm entgegenhalten müssen, daß aus sexualpsychologischen, insbesondere entwicklungspsychologischen Gründen dieser Unterschied zu fordern ist, und daß das Schutzalter von 18 Jahren bei männlichen Personen hier das Minimum ist, was die Mehrzahl der Psychiater verlangen wird. *K. Schneider* (Köln/Rh.).

● **Placzek: Homosexualität und Recht.** Leipzig: Georg Thieme 1925. IV, 158 S. G.-M. 4.50.

Placzek will keine „Erörterung des Grundproblems von der Wesenheit der Homosexualität" bringen, sondern nur ihre Beziehungen zum Recht. Da er dabei fast auf alles Historische verzichtet und auch aus der vergleichenden Rechtswissenschaft nur wenig bringt, so sind seine 158 Seiten fast zu reichlich für sein Problem. Er überschätzt dieses wohl ein wenig und verrät dies auch durch etwas zu viel Sentiment, das er in seine im übrigen völlig sachlichen und das Richtige treffenden Ausführungen einstreut. Er wünscht die Abschaffung der Strafbarkeit für Erwachsene, dafür aber einen vermehrten Schutz für Jugendliche und nimmt für die Gegenwart den verständigen und wohl von den meisten Fachleuten geteilten Standpunkt ein, daß die Voraussetzungen des § 51 wohl nur in den seltensten Fällen einmal für einen Homosexuellen in Betracht kommen. Bei seinen forensischen Erörterungen geht er nicht ganz mit der neuen Zeit Schritt (§ 56 R.-Str.-G.-B.!). Auch über die Bedeutung der Tat für die Zurechnungsfähigkeit des Täters sind kürzlich klügere Gedanken geäußert worden. Pl. nimmt Literaten wie Kurt Hiller und Wyneken viel zu ernst, dagegen ist es durchaus erfreulich, daß er gegen das gemeinschädliche Verhalten von Magnus Hirschfeld offen und klar Stellung nimmt. Jedenfalls nimmt Placzeks Buch in der Tagesliteratur über die Homosexualität einen würdigen Platz ein. Besonders Juristen wird man sein Buch gern empfehlen können. *Gruhle* (Heidelberg).

Oseretzky, N.: Der sozial-rechtliche Schutz der Minderjährigen in Rußland. Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. 31, H. 1/2, S. 44—55. 1925.

Seit 1918 sind Gerichtsverfahren und Gefängnisstrafe für alle Personen unter 17 Jahren abgeschafft. 1920 wurden die Sektionen für Rechtsschutz der Kinder gegründet, die in drei Abteilungen zerfallen: 1. Die Sektion für Verwahrlosung und Rechtsübertretung; 2. die Sektion für Vormundschaftswesen; 3. die Sektion für Rechtsschutz. 1. Todesstrafe darf bis zum Alter von 18 Jahren nicht verhängt werden. Kindliche Rechtsbrecher und Verwahrloste kommen zunächst in Aufnahmeheime, dann in ärztlich-pädagogische Beobachtungs-Distributionsheime. Jedem in der Kommission zur Verhandlung gelangenden Fall geht eine eingehende Erörterung durch den Untersuchungspädagogen voraus; die Verhandlungen sind

Digitized by Google

nicht öffentlich. Soweit noch besondere medizinisch-psychologische Prüfung erwünscht ist, können die Kinder besonderen Untersuchungsinstituten überwiesen werden. Die erzieherischen Maßnahmen sind vielgestaltig, neben Schutzaufsicht durch Eltern und Untersuchungspädagogen gibt es Unterbringung in Kolonien und Anstalten. 2. Hier ist besonders die Einführung der Kollektivvormundschaft zu erwähnen. Interessant ist, daß geplant ist, die zunächst ganz abgeschaffte Möglichkeit der Adoption wieder einzuführen. 3. Die Aufgabe dieser Sektion ist die Rechtsberatung und Rechtsverteidigung der Kinder. Rechtskundigen Vorsitzenden stehen pädagogische Helfer zur Seite, die besonders im Kinderrecht ausgebildet werden; zu ihnen gehören auch die sozialen Inspektoren, die Posten an belebten Plätzen auf stellen, Nachtasyle nach Kindern absuchen usw. *Schob* (Dresden).

Das Konstitutionsproblem, Erblichkeits- und Rassenforschung.

Kobylinsky, M., e G. Vidoni: La costituzione in psichiatria. (Die Konstitution in der Psychiatrie.) Quaderni di psichiatr. Bd. **12**, Nr. 9/10, S. 204—205. 1925.

Die Konstitutionslehre gewinnt immer mehr für klinische Psychiatrie und kriminelle Anthropologie an Bedeutung. Die Erbmasse ist wichtiger für die Entwicklung geistiger Anomalien als das Milieu. Vererbt werden aber nur Anlagen und Diathesen und das sind noch nicht Krankheiten. Ferner wird die Descendenz durch infektiöse Krankheiten der Eltern geschädigt. Klinische, morphologische und die Erblichkeitsforschung müssen zusammen arbeiten, um wichtige Resultate zu erzielen. Auf diese Art z. B. wurde gefunden, daß bei der Dem. praec. 60% dem mikrosplanchnischen, 7% dem makrosplanchnischen, 19% dem gemischt dysplastischen Typ angehören, während bei dem manisch-depressiven diese Zahlen 19,32 und 49% sind. *Kastan* (Hamburg).

Blümel, Rudolf: Konstitutionsbewertung. Eine biologisch-mathematische Studie als Beitrag zur Konstitutionslehre. Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 2: Zeitschr. f. Konstitutionslehre Bd. **12**, H. 1, S. 50—65. 1925.

Verf. meint, es müsse möglich sein, „einen mathematischen Ausdruck zu finden, nach dem wir rein objektiv beurteilen können, ob im konkreten Falle die Entwicklung des Organismus eine normale (genügende, entsprechende) oder eine verzögerte oder ganz ungenügende sei". Er konstruiert deshalb eine Formel aus dem Pignetschen Index und dem Pirquetschen sog. „Pelidisi"-Index. *Scheidt* (Hamburg).

Naccarati, Sante, and H. E. Garrett: The relation of morphology to temperament. (Die Beziehungen zwischen Körperbau und Temperament.) Journ. of abnorm. psychol. a. soc. psychol. Bd. **19**, Nr. 3, S. 254—263. 1924.

Psychologische Versuche an 54 Studenten, aus deren Ergebnissen geschlossen wird, daß Störungen des Temperamentes bei Leuten mit breitem Stamm und kurzen Extremitäten häufiger gefunden werden als bei solchen mit schmalem Körper und langen Extremitäten. Der ausführliche Bericht über die körperlichen Messungen wurde schon früher mitgeteilt, was eine Überprüfung erheblich erschwert. In den vorliegenden Versuchen wurden 3 Tests verwendet (Woodworth Ph. D. sheet, Pressey X—O Test, Downey Will temperament Test), deren Anlage nicht näher beschrieben ist. Außerdem wurde noch ein Fragebogen von den Teilnehmern ausgefüllt und von dem Experimentator auf Grund persönlicher Bekanntschaft überprüft. In diesem Fragebogen bewertete die Vp. und der Lehrer quantitativ in Zahlen von 1—50: 1. Physische Eigenschaften; 2. Aktivität (Aggressiveness, der eigentliche Wortsinn ist schwer wiederzugeben, da er sich teils auf das Urteil, teils auf intrapsychische Aktivität u. a. bezieht); 3. affektive Gleichmäßigkeit; 4. Intelligenz. *B. Kihn* (Erlangen).

Mira, E.: Einige Entgegnungen auf die typtologische Theorie Kretschmers. (*Laborat. psicotécn., inst. de orient. prof., Barcelona.*) Med. germano-hispano-americ. Jg. **3**, Nr. 2, S. 89—96. 1925. (Spanisch.)

Es sind noch weitere Untersuchungen nötig, um den genauen Prozentsatz der verschiedenen körperlichen Typen, wie sie für die einzelnen Psychosen beschrieben wurden, festzustellen. Dabei müssen die äußeren Lebensbedingungen sowie die exogenen Einflüsse überhaupt (Tuberkulose ungenügende Ernährung usw.) berücksichtigt werden. Auch kommt nach Adler zur Beurteilung der gefundenen Tatsachen der Einfluß in

Digitized by Google

Betracht, der auf die Bildung des charakterologischen Typus des Individuums durch seine Einstellung zu den Bedingungen, in welche ihn sein körperlicher Typus versetzt, ausgeübt wird. Die von Kretschmer angegebenen Beziehungen können demnach rein psychologisch erklärt werden, ohne daß man auf geheimnisvolle biologische Affinitäten zurückzugreifen braucht. Für die Bestimmung dieser psychosomatischen Assoziationen ist das Vorherrschen des instinktiven und affektiven Lebens, wie es für die Makrosplanchniker (mit ausgeprägt neurovegetativem Nervensystem) charakteristisch ist, von großem Einfluß. Dies im Gegensatz zu dem Vorherrschen des intellektuellen Lebens, wie es sich bei den Mikrosplanchnikern (Leptosomatikern mit Vorherrschen des Zentralnervensystems) findet. Leptosomie und Neuropsychasthenie einerseits, Makrosplanchnie (mit ihrer pyknischen Varietät) und Hysterie andererseits stehen zueinander in direktem Verhältnis. Zwischen dem asthenischen Typus nach Kretschmer und dem bacillären Typus nach Landouzy besteht große Ähnlichkeit. Dies macht es verständlich, daß die Erklärung für die Beziehung leptosomo-schizophrenisch und selbst athletiko-schizophrenisch (Phthisis der Athleten!) auf dem Vorhandensein eines beiden zukommenden Zwischenfaktors, nämlich der tuberkulösen Toxiinfektion, beruhen kann. *Ganter* (Wormditt).

Kronfeld, Arthur: Sexuelle Differenzierung, Epigenesis und Sexualkonstitution. Arch. f. Frauenkunde u. Konstitutionsforsch. Bd. 11, H. 3, S. 238—252. 1925.

Zu dem Konstitutionsbegriff gehören außer der Erbkonstitution „die epigenetischen potentiellen und realisierenden Bedingungen der (geschlechtlichen) Differenzierung". Hormonische und cygotische Geschlechtsbestimmung sind getrennt zu betrachten. „Die hormonische Geschlechtsbestimmung ist eine echte epigenetische Erscheinung." „Die deskriptiven Geschlechtsbegriffe männlich und weiblich sind nur statistische Zentralwerte, deren genetische Erklärung nicht aus einem Gesetz möglich ist." Die Würdigung der überaus schwer lesbaren Arbeit muß den Biologen überlassen werden. *Eugen Kahn* (München).

Galant, Johann Susmann: Die hypothyreoid-hypersuprarenale Konstitutionsanomalie. (*Lepjóchin-Gebäranst., Moskau.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 258, H. 3, S. 678—686. 1925.

Verf. bespricht die Konstitutions- bzw. Temperamentslehre Kretschmers und Pendes. Die Körperzustände, die durch eine Dysfunktion der inkretorischen Drüsen bedingt werden, sind nach Verf. als Konstitutionsanomalien, nicht als „Temperamente" oder „Konstitutionen" zu bezeichnen. Auf Grund eines (!) Falles beschreibt Verf. die hypothyreoid-hypersuprarenale Konstitutionsanomalie. Neben einer suprarenalen Frühreife mit suprarenaler Hypertrichose und einigen anderen hypersuprarenalen Symptomen bestand in dem beschrieben Falle (27jährige Frau) ein typischer Symptomenkomplex der Hyperthyreosis. *Henneberg* (Berlin).

Mott, Frederick: The Harveian oration on heredity in relation to mental disease. (Die Erblichkeit in ihrer Bedeutung für die geistigen Erkrankungen.) Brit. med. journ. Nr. 3382, S. 727—731. 1925.

Bei 3 Formen von geistigen Störungen, der Dementia praecox, dem manisch depressiven Irresein und der Involutionsmelancholie hält Verf. die Vererbung für gesichert. Groß angelegte Untersuchungen an Londoner Irrenanstalten haben ihm gezeigt, daß, wenn ein Elter an manisch depressivem Irresein, oder ein Vorfahre der großelterlichen Generation an Involutionsmelancholie oder seniler Demenz leidet, meist einer oder mehrere der Nachkommen in jugendlichem Alter an Dementia praecox erkranken. Besonders ist ihm dann das gehäufte Auftreten von Dem. preac. bei Geschwistern aufgefallen. Auch bei Psychopathie und Epilepsie der Vorfahren fand sich Neigung zu Dem. praec. bei den Nachkommen. Einen Versuch, die Mendelschen Regeln anwenden zu wollen, lehnt Verf. als verfrüht ab. Pathologisch-anatomische Untersuchungen der Hoden bei Dem. praec. haben ihm entgegen den Befunden bei anderen Erkrankungen schon bei jugendlichen Individuen schwere Rückbildungserscheinungen gezeigt, wie man sie sonst nur in hohem Greisenalter findet. Auch die Leydigschen Zellen sind durch fibröses Gewebe ersetzt. Die normal reichlich vorhandenen lipoiden Granula, die Verf. für eine Schutzwehr gegen Intoxikationen ansieht, fehlen. Einen entsprechenden Befund glaubt er auch bei weiblichen Kranken an den Ovarien festgestellt zu haben. Er nimmt an, daß hier ein ererbter biochemischer Defekt vorliegt.

Digitized by Google

Eine ähnliche ererbte Minderwertigkeit nimmt er auch für die Ganglienzellen der Großhirnrinde an, wodurch es nach Schädigungen der verschiedensten Art (etwa Pubertät, Klimakterium, Schwangerschaft usw.) zu den pathologisch-anatomisch nachweisbaren Veränderungen der Ganglienzellen (Schwellung mit Faltung der Kernmembran und Zerstörung der Nisslschollen) komme. Nach den neueren Untersuchungen über die Chromosomen und ihre Beziehungen zur Vererbung glaubt er das Fehlen des Kernchromatins als einen primären Entwicklungsdefekt ansprechen zu dürfen. Die von anderer Seite behauptete syphilitische Ätiologie der Dem. praec. lehnt Verf. auf Grund seiner Erfahrungen ab. *Reiss* (Dresden).

Naville, F.: La stérilisation et la castration en médecine sociale et mentale. (Die Sterilisation und Kastration in der sozialen Medizin und Psychiatrie.) Ann. de méd. lég. Jg. 5, Nr. 4, S. 154—161. 1925.

Aufstellung sehr weitgehender Indikationen zur Sterilisation und Kastration, die nach therapeutischen und prophylaktischen Gesichtspunkten gruppiert werden. Auch die Möglichkeit einer Vermeidung längerer Anstaltsunterbringung durch die Kastration (z. B. bei moralisch Debilen oder Defekten mit Perversionen oder pathologischen sexuellen Erregungen, Gefahr der Wiederholung von Kindermord infolge psychischer Störungen u. a.), allgemeine Erschöpfung, Psychosen der Eltern mit Vererbungsneigung, Schwachsinn oder Psychosen mit Unfähigkeit zur Kindererziehung ohne die Notwendigkeit der Anstaltsunterbringung, familiäre und hereditäre Disposition zu Verbrechen, Heiraten bei doppelseitiger Belastung werden angeführt. Hinweis auf die in Zürich gesammelten Erfahrungen. Die Kastration aus therapeutischer Indikation ist wie jede andere therapeutische Operation ohne Bedenken forensischer Art durchzuführen. Die Sterilisation und Kastration aus prophylaktischen Gründen mit Zustimmung des betreffenden Individuums ist bei ausreichender Indikation gesetzlich gerechtfertigt, die Beurteilung, ob sie ohne diese Zustimmung möglich ist, ist sehr schwierig und muß von juristischer Seite entschieden werden. (Verf. erörtert diese Fragen vom Standpunkt als Genfer.) *W. Runge* (Kiel).

Möckel, W.: Sterilisation und Kastration. Sozialhyg. Mitt. Jg. 9, H. 4, S. 97 bis 102. 1925.

Erörterungen über die praktische Verwirklichung der Kastration und Sterilisation geistig Minderwertiger und Kranker in Deutschland. In Frage kommt zunächst nur die Resektion des Samenleiters bzw. des Eileiters. Hinweis auf die bestehenden rechtlichen Hindernisse für die Durchführung des Verfahrens. Bis auf weiteres ist nur freiwillige Sterilisierung möglich. Die Einsetzung eines Sachverständigenkomitees unter Hinzuziehung des Richters ist erforderlich. Hinweis auf die Schwierigkeiten einer Indikationsstellung zur Sterilisation. *Berthold Kihn* (Erlangen).

Fischer, Max: Betrachtungen über Unfruchtbarmachung bei Geisteskranken. Sozialhyg. Mitt. Jg. 9, H. 4, S. 102—109. 1925.

Sehr beachtenswerte Ausführungen zur Frage der Sterilisation und Kastration Geisteskranker. Verf. warnt vor aller Vielgeschäftigkeit und vor weitgehender, übereilter Indikationsstellung. In nähere Erwägung wird die Sterilisierung gezogen. Die rein ärztliche Indikation zu diesem Eingriff ist unsicher, da seine Unschädlichkeit nicht erwiesen ist. Die zeitweise Unterbrechung der Zeugungskraft ist in ihrem Erfolge durchaus zweifelhaft. Die eugenische Indikation ist durch die Unsicherheit der statistischen und erbbiologischen Forschungen nur in sehr beschränktem Maße zu stellen. Empfohlen wird Schutzaufsicht der Gemeingefährlichen, Fürsorge, Internierung; Regelung des Eheverbots und der Eheverhinderung der Geisteskranken und Verbrecher im Sinne von Schüle. Gesetzesänderung zum Schutze des Arztes bei sterilisierenden Operationen wird gefordert. Alle Maßnahmen sind durch eine Sachverständigenkommission unter Hinzuziehung des Richters zu stellen. Soziale Indikationen zur Sterilisierung gesunder Individuen bestehen nicht. *Berthold Kihn* (Erlangen).

Digitized by Google

Küstner, Heinz: Schwangerschaftsunterbrechung und Strafgesetz. (*Univ.-Frauenklin., Halle a. S.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 47, S. 1941—1943. 1925.

Richtlinien für die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung: 1. Es darf eine Schwangerschaft nur dann unterbrochen werden, wenn ein Konsilium von mindestens 2 Ärzten verschiedener Spezialität die Indikation stellt. 2. Jede Schwangerschaftsunterbrechung ist binnen eines bestimmten Zeitraumes der Ärztekammer zu melden. Bei der Meldung braucht der Name der Patientin nicht angegeben zu werden, es genügen die Anfangsbuchstaben. 3. Die eugenetische und soziale Indikation wird abgelehnt. *Kurt Mendel.*

Anstaltswesen, Statistik, Allgemeines.

Birnbaum: Die psychisch Abnormen in ihrer Bedeutung für die soziale Fürsorge. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. u. soz. Hyg. Jg. 38, Nr. 8, S. 337—344. 1925.

Das Hauptgewicht der Fürsorgemaßnahmen hat sich den psychisch Abnormen zuzuwenden, die nicht für die Internierung in Irrenanstalten in Betracht kommen, sondern die draußen leben und sozial abwegig werden. Es handelt sich dabei im wesentlichen um Grenzfälle zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit, um psychisch Minderwertige der verschiedensten Art. Von Bedeutung für die Volksgesundheit sind die psychisch Abnormen zunächst als Träger und Überträger geistiger Mängel. Einführung von Gesundheitszeugnissen vor Eingehen der Ehe oder direkte Eheschließungsverbote sind in dieser Beziehung von Wichtigkeit; ebenso der Kampf gegen die hauptsächlichsten Keimgifte, gegen Lues und Alkohol; für eingreifendere Maßnahmen wie vor allem Kastration und Sterilisation müssen erst noch die nötigen Erfahrungsgrundlagen geschaffen werden. Die Fürsorge muß möglichst frühzeitig einsetzen, also bereits bei den psychisch abnormen Kindern und Jugendlichen. Bei den intellektuell Defekten kommen Hilfsschule und Hilfsklassen in Frage oder Idiotenanstalten, wenn sie nicht mehr bildungsfähig sind. Gemütlich und charakterologisch abwegige psychopathische Kinder fallen zum größten Teil der Fürsorgeerziehung anheim. Sind die Defekte so groß, daß sie eine Erziehbarkeit ausschließen, so kommt nur ärztliche Fürsorge in Betracht. Bei dem großen Anteil pathologischer Elemente unter den Fürsorgezöglingen ist die Mitarbeit des psychiatrisch geschulten Arztes sehr wichtig, besonders auch für die Feststellung der Eignung oder Nichteignung für die Fürsorgeerziehung und der besten Unterbringungsmöglichkeit, was am besten durch Beobachtung in ärztlich geleiteten Beobachtungs- oder Psychopathenabteilungen zu entscheiden ist. Die Fürsorge darf auch nach erreichtem Mündigkeitsalter nicht aufhören; in vielen Fällen, besonders bei Psychopathen mit asozialen Neigungen, hat dann die Entmündigung einzutreten. Fürsorge-, Auskunfts- und Beratungsstellen unterstützen die psychisch Abnormen im späteren Leben. Diese Stellen gehen von privaten Irrenhilfsvereinen, vor allem aber von den Kommunen aus und stehen mit den Wohlfahrtsstellen in Verbindung; sie wachsen sich schließlich zu einer Art von Spezialpolikliniken für psychisch und nervös Leidende aus. Die von den Irrenanstalten ausgehende offene Geisteskrankenfürsorge ist als sog. Familienpflege organisiert worden, die vorübergehend für entlassene Kranke und dauernd für manche in leichtem Grade chronisch Geisteskranke in Frage kommt. Eine wesentliche Aufgabe der sozialen Fürsorge sind schließlich die Maßnahmen, die der Trinkerfürsorge dienen. *Graf.*

Mönkemöller: Der Entwurf zu einem preußischen Irrenfürsorgegesetz. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 27, Nr. 47, S. 479—483. 1925.

Der Verf. bespricht an Hand eines auf der 57. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westphalens erstatteten Berichtes die wichtigsten Punkte des vom Referenten im preußischen Wohlfahrtsministerium aufgestellten Entwurfs zu einem preußischen Irrenfürsorgegesetz, das inzwischen Gegenstand einer Besprechung mit den Vertretern der Provinzen gewesen ist. Das Bedürfnis nach einer gesetzlichen Regelung wird im Hinblick auf die Verfassung bejaht, ihre Bedeutung für die Bekämpfung der bestehenden Vorurteile jedoch mit Zurückhaltung be-

Digitized by Google

wertet, zumal die jetzige Schaffung eines derartigen Gesetzes in Preußen (im Gegensatz zu der vor dem Kriege zustande gekommenen badischen Irrengesetzgebung) im wesentlichen politischen Beweggründen entsprungen ist. Was das Aufnahmeverfahren angeht, so spricht sich der Verf. gegen die „freie" Unterbringung und für die regelmäßige Statthafterklärung, die in Dringlichkeitsfällen der Aufnahme unmittelbar nachzufolgen hat, aus. Auf Grund der badischen Erfahrungen ist ihm hierin zuzustimmen. Daß die Dringlichkeitsaufnahmen, wie er zutreffend betont, in der Praxis im Verhältnis zu den Normalaufnahmen an Häufigkeit überwiegen bzw. überwiegen werden, mag dem ärztlichen Beurteiler als ein Schönheitsfehler dieser Regelung erscheinen, vom juristischen Standpunkte aus verliert sie m. E. darum doch nicht ihren grundsätzlichen Wert. Die vorgesehenen Bestimmungen über das ärztliche Aufnahmezeugnis findet im allgemeinen die Zustimmung des Verf., der gegen den Verzicht auf das bis jetzt in Hannover vorgeschriebene amtsärztliche Zeugnis keine Bedenken hat. Weiterhin wendet er sich — meines Erachtens mit Recht — dagegen, daß bei der Normalaufnahme das ärztliche Aufnahmezeugnis von einem Arzt der aufnehmenden Anstalt ausgestellt werden kann. Dies würde dem Zweck des Gesetzes ohne Zweifel unmittelbar zuwiderlaufen. In dem Überwachungsausschuß, der in der vorliegenden Fassung der bisher üblichen Besuchskommission entspricht, soll sich neben dem Oberpräsidenten bzw. dem Regierungs- und Medizinalrat sowie einem Anstaltspsychiater „eine in Fürsorgeangelegenheiten erfahrene Persönlichkeit" befinden. Gegen diesen Konzessionslaien wird von Mönkemöller entschieden Einspruch erhoben mit der Begründung, daß derartige in der Fürsorgetechnik bewanderte Personen, denen man ein gewisses Verständnis für die in Betracht kommenden Fragen zutrauen könnte, bei der Beurteilung der Anstaltspflegebedürftigkeit regelmäßig versagen. Diese ungünstige Erfahrung des Verf. muß der Ref. vollinhaltlich bestätigen. Sie findet ihre zwanglose Erklärung in der Tatsache, daß für die sachgemäße Beurteilung schon der gewöhnlichen Fälle, namentlich aber der schwierigeren Grenzfälle, psychiatrische Fachkenntnisse eine unentbehrliche Voraussetzung sind. Die Voraussage des Verf. über die nicht allzu belangreiche Tätigkeit des im Wohlfahrtsministerium vorgesehenen zentralen Beirats dürfte sich wohl ziemlich sicher bestätigen, wenn auch das Bedürfnis nach einer zentralen Sammel- und Austauschstelle für praktische Erfahrungen nicht bestritten werden soll. Gegen die regelmäßige Beiziehung des Personals der Heil- und Pflegeanstalten bei der Zuführung von Kranken erhebt M. im Hinblick auf die bestimmt vorauszusehende Rückwirkung auf die Angehörigen wie den Patienten selbst berechtigten Einspruch. Mit gutem Grunde ist in der Vollzugsverordnung zum badischen Irrenfürsorgegesetz diese Beiziehung des Personals ebenso wie die Anwendung polizeilichen Zwanges bei der Zuführung auf genau umschriebene Ausnahmefälle beschränkt worden. Endlich wird noch die gesetzliche Festlegung der ärztlichen Leitung der Anstalten sowie der Möglichkeit der Aufnahme von Psychopathen und von freiwilligen Pensionären befürwortet und der naheliegenden Befürchtung, die letzte Fassung des Gesetzes könne durch politische Erwägungen beeinträchtigt werden, Ausdruck gegeben. Nicht mit Unrecht weist der Verf. zum Schluß darauf hin, die generelle Übernahme des seit 15 Jahren bewährten badischen Irrenfürsorgegesetzes — natürlich mit den entsprechenden notwendigen Änderungen — wäre wohl einfacher gewesen als die allmähliche Übernahme der in diesem Gesetz verwirklichten Grundsätze, wie sie während der Entwickelung des Gesetzentwurfes zu beobachten ist.

Hans Roemer (Karlsruhe).

Desruelles, M., et M. Bouvier: Typholde et vaccination antityphoidique dans un service d'aliénées. (Typhus und Typhusschutzimpfung in einer Irrenanstalt.) Ann. méd.-psychol. Jg. 83, Nr. 3, S. 273—281. 1925.

Verff. beschreiben die Typhusbekämpfung unter den Pfleglingen einer Irrenanstalt, die vor allem in der systematischen Durchimpfung aller Anstaltsinsassen mittels eines Mischvaccin TAB bestand, der gleiche Mengen Typhus-, Paratyphus A-

Digitized by Google

und B-Keime enthielt. Bei einer einmaligen Injektion von 1,5 ccm Impfstoff meistens fieberhafte Allgemeinreaktionen. Nach der Schutzimpfung keine Neuerkrankungen mehr beobachtet, ebenso keine Änderungen des psychischen Zustandsbildes.

Ernst Illert (Goddelau).

Discussion on prophylaxis of mental disorder. (Diskussion über die Prophylaxe der Geisteskrankheiten.) Brit. med. journ. Nr. 3383, S. 781—788. 1925.

Das einleitende Referat steht auf dem Standpunkt, daß die spezielle Form der geistigen Störungen nicht vererbt wird, sondern nur eine allgemeine krankhafte Überempfindlichkeit gegenübeer gewissen Bedingungen, so daß dieArt der Störung bei Vorfahren und Nachkommen verschieden sein kann. Die Bedeutung der Vererbung als solche wird anerkannt, doch bei unseren ungenügenden Kenntnissen vor eugenischen Experimenten gewarnt. Besonderen Wert mißt Verf. neben Syphilis und Alkohol noch chronischen Infektionsherden zu, durch deren Einfluß die allgemeine Widerstandskraft herabgesetzt und der Boden für psychische Störungen vorbereitet werden soll. Darüber hinaus wird nur ein ganz allgemeiner Überblick über alle in Frage kommenden ätiologischen Faktoren gegeben, ohne irgendwie näher auf strittige Fragen einzugehen. Von den möglichen Abwehrmaßnahmen wird allgemeine Schulhygiene und möglichst frühzeitige Behandlung auch leichter nervöser Störungen empfohlen. Zu diesem Zweck werden psychiatrische Abteilungen an allen großen Allgemeinkrankenhäusern gefordert. In der anschließenden Diskussion kommen die Skeptiker zu Wort, die an einer wirksamen Prophylaxe, abgesehen von Alkohol und Syphilis, zweifeln, solange unsere Kenntnis über die Ursachen der Geistesstörungen nicht fester gegründet sind. Aber auch die Theorie der Entstehung der geistigen Störungen durch latente septische Prozesse wird eifrig vertreten und eine häufig bei funktionellen Störungen gefundene Leukocytose mit relativer Lymphocytose dafür ins Feld geführt.

Reiss (Dresden).

Berkeley-Hill, Owen: Familial treatment of the insane. (Familiäre Behandlung der Geisteskranken.) Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 12, S. 562—563. 1925.

Anstaltsbehandlung bedeutet oft nichts als Internierung. Trotzdem halten noch zahlreiche Ärzte diese Versorgungsart der Geisteskranken für die beste und bedenken nicht, daß sehr viele Fälle nie in die Anstalt zu kommen brauchten. Auch in Indien erscheint die Einführung von Familienpflege notwendig. Auf das bekannte Beispiel von Gheel wird ausführlich hingewiesen. Die herrschende Abneigung gegen Einführung eines solchen Systems in Indien wird auf Vorurteil und mangelnde Initiative zurückgeführt. Versuchskolonien könnten in Ranchi und Bangalore geschaffen werden. Sehr viel hängt immer von der Persönlichkeit des Leiters ab und von den Mitteln, die ihm zur Verfügung gestellt werden.

Raecke (Frankfurt a. M.).

● **Aichhorn, August: Verwahrloste Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung. Zehn Vorträge zur ersten Einführung. Mit einem Geleitwort v. Sigm. Freud. (Internat. psychoanalyt. Bibliothek. Nr. 19.)** Leipzig, Wien, Zürich: Internat. psychoanalyt. Verl. 1925. 290 S. G.-M. 9.—.

Zum ersten Male wird die Fürsorgeerziehung planmäßig vom psychoanalytischen Standpunkte besprochen, und zwar von dem Leiter einer Anstalt der Stadt Wien. Die Lehre selbst kann als bekannt vorausgesetzt werden. Der Grundsatz der Betrachtung ist die Rückführung der Verwahrlosung auf die Erlebnisse der Kinder und Jugendlichen in ihrer Gesamtheit, auf den Aufbau der Erlebnismasse und die in ihr vollzogenen Stellungnahmen. Jegliche charakterologische Besonderheit und jede auffällige Handlung wird zunächst einmal auf die typischen Vorgänge der Libidobeziehungen unter Zugrundelegung der dynamischen Theorie der Bindung, Verschiebung und Befreiung von Energien bezogen: die infantile Sexualität und ihre Wandlungen, Objektbesetzungen, Ödipuskomplex, Vater und Mutterimago, Idealbildungen, einfache und komplexe Identifizierungen. Was im Sinne dieser Vorgänge aufgefaßt wird, wird dann unter dem allgemeinen Gesichtspunkte betrachtet, wie sich beim einzelnen Kinde der Übergang von der Vorherrschaft des Lustprinzips zur Ausbreitung des Realitätsprinzips vollzogen hat, und wodurch er etwa gestört wurde. Das Realitäts-

Digitized by Google

prinzip aber zielt auf die soziale Einordnung, die Anpassung an die geltenden Normen, die Erlangung von Lust erst nach Überwindung von inneren Widerständen, wie sie Einfügung, Gehorsam, Pflichten und jede mit der Erziehung verbundene Versagung erfordert. Wo eine Fehlgestaltung der kindlichen Liebeswelt sei es durch Mangel, sei es durch Übermaß von Liebeszuwendung oder durch Konflikte eintritt, droht die Gefahr der Abwendung vom sozialen Verhalten, die Dissozialität, die Verwahrlosung. Diese Gefahr beheben, heißt die Liebeswelt des Kindes sanieren, es von Konflikten befreien, Sympathiegefühlen und andererseits der Anerkennung des Realitätsprinzips den Weg frei machen. Die Libidoübertragung spielt dabei eine wesentliche Rolle. Es bedeutet keine Minderung der Bedeutung vieler wichtiger Erkenntnisse der Freudschen Lehre über die Liebeswelt des Kindes und ihren Einfluß auf die Charakterentwicklung, wenn wir in dieser Ausdehnung ihres Bereiches eine Übertreibung des Prinzips sehen. Denn in die Erörterungen des Verf. spielen die Erkenntnisse, die uns die Lehre von den psychopathischen Konstitutionen erschlossen hat, überhaupt nicht hinein. Es ist so, als gäbe es sie gar nicht, oder als hätten sie charakterologisch und individualpsychologisch keine Bedeutung mehr, sobald man den Boden der psychoanalytischen Lehre betreten hat. Aber ein sehr wichtiger Punkt ist wenigstens grundsätzlich klargestellt und zwar in dem Vorwort, welches Freud dem Buche vorausgeschickt hat. Er sagt bezüglich der Anwendung der Psychoanalyse: „Man darf sich nicht durch die übrigens vollberechtigte Aussage irreleiten lassen, die Psychoanalyse des erwachsenen Neurotikers sei einer Nacherziehung desselben gleichzustellen. Ein Kind, auch ein entgleistes und verwahrlostes Kind, ist eben noch kein Neurotiker und Nacherziehung etwas ganz anderes als Erziehung eines Unfertigen. Die Möglichkeit der analytischen Beeinflussung ruht auf ganz bestimmten Voraussetzungen, die man als ‚analytische Situation' zusammenfassen kann, erfordert die Ausbildung gewisser psychischer Strukturen, eine besondere Einstellung zum Analytiker. Wo diese fehlen, wie beim Kind, beim jugendlichen Verwahrlosten, in der Regel auch beim triebhaften Verbrecher, muß man etwas anderes machen als Analyse, was dann in der Absicht wieder mit ihr zusammentrifft." — Es ist nicht ohne Bedeutung, daß Freud selbst hier sehr bestimmt die Psychoanalyse als heilpädagogische Behandlungsweise Verwahrloster ablehnt. Seine engeren und weiteren Anhänger sollen sich diesen Standpunkt zu eigen machen. Wenn die Analyse aber als Behandlung abgelehnt wird, so wird die psychoanalytische Lehre als Grundeinstellung des Erziehers um so nachdrücklicher betont. Die Bedeutung, die ihr in dieser Rolle beigemessen wird, gipfelt darin, daß sie dem Erzieher gegenüber dem Zögling grundsätzlich die Aufgabe des Beobachters und des Helfers aus seelischen Nöten, Zwangslagen, Entbehrungen und, wie die klinische Psychiatrie sagt, aus fixierten pathologischen Reaktionen zuweist. Sie macht ihm eine sehr peinliche Selbstkontrolle hinsichtlich seines Abstandes zum Zögling, der Benutzung der Übertragung, der Wahl der erzieherischen Mittel zur Pflicht. — Das Buch ist reich an guten, scharfen Beobachtungen und reifen erzieherischen Einsichten; es steht pädagogisch auf einem hohen Standpunkt. Aber, das ist die Frage, verdankt der Verf. dies der Psychoanalyse, oder fußt er auf dem Untergrunde seiner persönlichen großen Begabung und seines erzieherischen Idealismus? Ich glaube, daß das letztere in erster Linie der Fall ist. Er wäre mit jeder anderen wirklich psychologischen Orientierung ohne schulmäßige Bindung praktisch genau so weit gekommen. Dem erzieherisch Unbegabten, Voreingenommenen, Starren, dem engen Moralisten nützt auch die Kenntnis der Freudschen Lehre nichts. Er wird ein theoretischer Anhänger werden, wird in praxi aber ein hilfloser Mann sein. Was allerdings aus der Freudschen Lehre für die Handhabung der Fürsorgeerziehung brauchbar ist, das hat Aichhorn aus ihr herausgeholt und sinnvoll verwendet. Es liegt wohl in der Persönlichkeit des Verf. selbst begründet, daß der enge Anschluß an die Lehre sein Interesse für seine perönlichen Aufgaben vertieft und die Bedeutung der Fürsorgeerziehung für ihn selbst erhöht hat, indem

Digitized by Google

diese in den Kreis einer weitausgreifenden Bewegung mit einbezogen wird. — Um praktisch so vorzugehen, wie der Verf. es schildert, daß man die Aktiven, Aggressiven, Haßerfüllten, Unruhestifter und Hetzer zunächst einmal gewähren läßt, mögen sie noch so viel materiellen Schaden anrichten und die Erzieher noch so sehr drangsalieren, muß man nicht nur ungewöhnlich selbstlose und unbedingt von der Lehre überzeugte Mitarbeiter haben, sondern auch eine vorgesetzte Behörde, die mit dem Leiter durch dick und dünn geht und an den schließlichen guten Ausgang unerschütterlich glaubt, der alle Opfer rechtfertigt. Ist es hier nicht auch in erster Linie die Persönlichkeit und nicht die Lehre, die das Erreichte zustande gebracht hat? Wer in der Fürsorgeerziehung persönliche Erfahrungen besitzt, wird, insofern er überhaupt individualisierender Erfassung des Einzelfalles fähig ist, in den Fällen reiner, bezw. vorzugsweiser Milieuverwahrlosung genau so verfahren sein und mit dem gleichen Erfolg; bei den aus Anlage Verwahrlosten liegt es aber anders. — Dem mit der nötigen Kritik gegenüber den Verabsolutierungen der psychoanalytischen Lehre ausgestatteten Leser wird das Buch manchen Gewinn bringen. Wer aber glaubt, daß er allein auf diesem Wege der Vielgestaltigkeit des Problems Herr werden könne und genügend ausgerüstet sei, um heilerzieherisch tätig zu sein, kann zum Unheilstifter werden. Wir wissen auch mit der psychoanalytischen Tiefenpsychologie vom Kinde ungemein viel weniger, als wir zunächst glauben. Bescheidenheit ist nirgends so sehr am Platze wie hier. Vielfach müssen wir schon froh sein, im wesentlichen sicher zu gehen und das Richtige zu treffen. *Homburger* (Heidelberg).

Dahlström, Sigurd, und Sigval Jacobsen: Bericht über die Untersuchung, Unterbringung und Beschulung geistig und körperlich anormaler Kinder und Jugendlicher in Norwegen. (*Psychiatr. Abt., städt. Krankenh., Oslo.*) Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. **31**, H. 1/2, S. 24—29. 1925.

Die Arbeit an den Psychopathen liegt in der Hauptsache den Kinderfürsorgestellen ob. In Oslo ist der Kinderfürsorgestelle ein Psychiater als Berater beigegeben, dem Kinder mit Verdacht auf geistige Abnormität zur Begutachtung überwiesen werden. Er kann psychiatrische Beobachtung anordnen. Dieser Psychiater ist gleichzeitig auch Arzt der zwei Zwangsschulen (Internate) für Knaben und Mädchen. Schwer abnorme Kinder werden in Irrenanstalten untergebracht; die Errichtung eines psychiatrischen Kinderhospitals ist geplant. In Oslo ist auch die Stelle eines psychiatrischen Spezialarztes der städtischen Schulen geschaffen worden; er hat die ärztliche Überwachung aller Sonderschulen zu besorgen und ist gleichzeitig psychiatrischer Berater der übrigen städtischen Schulen. Geistesschwache können mit 8 Jahren einer Spezialschule für Geistesschwache überwiesen werden; die meisten sind mit Internaten verbunden. In einzelnen Städten existieren auch Sonderschulen für Schwachsichtige, Schwerhörige und für Kinder mit Sprachfehlern. *Schob* (Dresden).

Heuyer, G.: La prophylaxie mentale chez l'énfant. Assistance aux enfants anormaux. Création d'une consultation de neuropsychiatrie infantile. (Geistige Prophylaxe des Kindes. Fürsorge abnormer Kinder. Gründung einer neuro-psychiatrischen Beratungsstelle für Kinder.) Paris méd. Jg. **15**, Nr. 42, S. 319—324. 1925.

Heuyer bespricht die Einrichtung einer neuropsychiatrischen Klinik und Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche in Paris. Die Ausführungen des Autors über Einteilung abnormer Kinder und Jugendlicher und heilpädagogische Maßnahmen bieten dem deutschen Leser nichts Neues. *Gregor* (Flehingen).

Binder: Jugendpflege und Jugendamt. Zentralbl. f. Jugendrecht u. Jugendwohlf. Jg. **17**, Nr. 8, S. 188—191. 1925.

Binder setzt sich für die Wahrnehmung der Jugendpflege durch die kommunalen Jugendämter ein, denen diese wichtige Arbeit nicht etwa unter Berufung auf die entgegengesetzte Auffassung des Preuß. Ministeriums für Volkswohlfahrt zum Nachteile ihres Ansehens und Charakters vorzuenthalten, sondern im Hinblick auf den vorbeugenden Zweck der Jugendpflege sowie die von den Kommunen bisher geleisteten und noch zu erwartenden erheblichen Aufwendungen mit Fug und Recht ausdrücklich zuzuweisen sei. *Hans Roemer* (Karlsruhe).

Petrén, Alfred: Die Jugend- und Kinderfürsorge in Schweden. Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. **31**, H. 1/2, S. 67—73. 1925.

Kinder unter 15 Jahren können in Schweden nicht bestraft werden, Jugendliche bis 18 Jahre sind nur relativ strafmündig, sie können aber einer Erziehungsanstalt überwiesen werden. Für minderjährige männliche Verbrecher dient die staatliche Anstalt Bona, für

Digitized by Google

Mädchen gibt es nur eine private Anstalt. Obligatorische psychiatrische Untersuchung jugendlicher Rechtsbrecher besteht nicht. Nach einem besonderen Gesetz können nicht nur sittlich verwahrloste Kinder den Eltern entzogen werden, sondern auch mißhandelte oder sonst gesundheitlich gefährdete Kinder. Wenn Grund zur Annahme vorliegt, daß die moralische Verderbtheit oder anderes Mißverhalten des Kindes von Krankheit oder geistiger oder körperlicher Schwäche herrührt, muß die Kinderfürsorgedeputation (etwa entsprechend dem Jugendamt) das Gutachten eines Arztes beiziehen. Reichen Maßnahmen der vorbeugenden Fürsorge nicht aus, so tritt Fürsorgeerziehung ein, die spätestens mit dem 18. Jahre endet. Die Entlassung ist zunächst eine bedingte. Zur Unterbringung dienen Aufnahmeheime und Rettungshäuser. Die Kinderfürsorgedeputation kann auch solche Kinder unter 16 Jahren in Pflege nehmen, die von den Eltern selbst überwiesen werden. Es gibt in Schweden noch kein Heim für psychopathische Kinder, ebensowenig ärztlich geleitete Epileptiker- und Schwachsinnigenanstalten; soweit pädagogisch geleitete Anstalten vorhanden sind, stehen sie unter Aufsicht des Oberinspektos für Irrenpflege. *Schob* (Dresden).

Lundahl, Nils: Anstaltsfürsorge für Schwachsinnige, Taubstumme, Blinde in Schweden. Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. **31**, H. 1/2, S. 56—66. 1925.

In Schweden gibt es dreierlei Anstalten für Schwachsinnige: Schulen Arbeitsheime, Asyle; seit 1879 existiert ein besonderes Seminar für die Ausbildung von Lehrerinnen an Schwachsinnigenschulen; für entartete Schwachsinnige hat der Staat 1921 je eine besondere Erziehungsanstalt für Knaben und Mädchen errichtet. Die jetzt staatliche Pflegeanstalt für Blinde mit komplizierten Gebrechen in Lund umfaßt 2 Hauptgruppen: blinde Taubstumme und blinde Schwachsinnige. Sämtliche Epileptikeranstalten sind im Besitz von Vereinen, doch ist Übernahme der Epileptikerpflege auf den Staat geplant. *Schob* (Dresden).

Colucci: Schutz und Erziehung schwachsinniger und moralisch zu bessernder Kinder in Italien. Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. **31**, H. 1/2, S. 20—23. 1925.

In letzter Zeit sind mehrere Fürsorgegesetze erlassen worden. Die gefährlichen geistig Minderwertigen und Idioten werden — nach Möglichkeit von den Irren getrennt — in Asylen für Geisteskranke untergebracht; in einigen Irrenanstalten gibt es gut organisierte Sonderabteilungen. In Rom besteht eine Asylschule mit Externat. Von Psychiatern werden Sonderkurse für Lehrer abgehalten. Auch das Problem der Kriminalität Minderjähriger ist besonders von Psychiatern in Angriff genommen. In den Besserungsanstalten sind jetzt meist geeignete Lehrer angestellt. Frauen beteiligen sich vielfach in der vorbeugenden Arbeit; so ist in Neapel ein Asylschiff eingerichtet worden. *Schob* (Dresden).

Baliy, G.: Untersuchungen psychisch Abnormer in Frankreich. Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. **31**, H. 1/2, S. 13—17. 1925.

Die Arbeit ist im allgemeinen eine kritische Besprechung der Schrift: La sélection psychomorale des anormaux en vue de leur adoption sociale par le Dr. G. Paul Boucour. Nach Bally wird die soziale Anpassung durch drei Kategorien psychischer Qualitäten gefährdet. 1. Intelligenzstörung, 2. Charaktermißbildungen, 3. sittliche Anomalien. 1. Je geringer der Intelligenzrückstand, desto größer ist die Anpassungsfähigkeit; 2. Charakterstörungen haben einen ungünstigen Einfluß auf die soziale Anpassung; die Resultate richten sich nach der Form der Undisziplinierbarkeit; die Resultate 2 Jahre nach Schulaustritt sind noch besser als im Alter von 21 Jahren. 3. Es gibt erworbene und kongenitale moralische Defekte. Der moralisch Debile oder Zurückgebliebene hat einen unvollkommen entwickelten moralischen Sinn. Bei den aktiven und endgültig moralisch Defekten ist die Prognose ganz schlecht. — Bally beanstandet mit Recht, daß die strikte Durchführung der Einteilung in Charakter und moralisch Defekte einer ausreichenden psychologischen Motivierung entbehrt und findet Mängel psychologischer Vertiefung auch sonst. *Schob* (Dresden).

Winkelmayer, Franz: Heilpädagogik und Erziehungsfürsorge in Österreich. (*Erziehungsanst. d. Stadt Wien, Eggenburg.*) Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. **31**, H. 1/2, S. 34—39. 1925.

In Österreich ist nach dem Krieg eine großzügige Umgestaltung der Kinderfürsorge erfolgt. Die Stadt Wien hat unter der Leitung von Tandler ihre Kinderanstalten völlig umorganisiert. Alle von der Stadt übernommenen Kinder werden zunächst der Kinderübernahmestelle zugeführt, von wo sie den Kinderherbergen, deren einer eine Beobachtungsstation für schwer erziehbare Kinder angegliedert werden soll, überwiesen werden. Später erfolgt dann Weiterleitung in Privat- oder Anstaltspflege. Für schwer erziehbare schulentlassene Mädchen dient das Erziehungsheim Weinzierl; für schwererziehbare schulpflichtige Knaben und Mädchen sowie männliche Jugendliche ist Eggenburg eingerichtet. Ein Waisenhaus ist in ein Bettnässerheim umgewandelt worden. Überall gibt es nur qualifiziertes Erzieherpersonal. Ebenso haben die Länder ihre Anstalten umorganisiert. Die Schaffung eines neuen

Digitized by Google

Fürsorgeerziehungsgesetzes und eines modernen Jugendstrafgesetzes sind in Vorbereitung; für straffällige Jugendliche wird ein besonderes Heim von einer privaten Organisation unterhalten. Neben der alten Anstalt Hellers sind noch mehrere private Anstalten entstanden, eine davon auf individualpsychologischer Grundlage. 8 Beratungsstellen werden im Sinne von Adler geführt; besondere Beratungsstellen werden auch von der psychoanalytischen Gesellschaft unterhalten. In Wien existieren z. Z. 10 sechsklassige Hilfsschulen; Lehrwerkstätten sollen geschaffen werden. Zur Unterweisung der Lehrer in Heilpädagogik dient das Pädagogische Institut der Stadt Wien, dem eine heilpädagogische Abteilung angeschlossen ist.

Schob (Dresden).

Gesellschaftsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Offizielles Protokoll. Berichterstatter: **K. Löwenstein** (Berlin).

Sitzung vom 14. XII. 1925.

Kramer: Fall von Erkrankung des Sternoclaviculargelenks. (Demonstration.)

Die Funktionsstörungen, die aus der Ankylose dieses Gelenkes entstehen, äußern sich vor allem in einer Einschränkung der Armbewegung und der Schulterhebung. Bei beiden Bewegungen finden ausgiebige Exkursionen der Clavicula statt, und zwar bei der Schulterhebung und bei der seitlichen Armhebung Elevationen der Clavicula, bei der Armhebung nach vorn und hinten Rotationen. Da die Beschwerden, die die Pat. äußern, sich nur auf die Armbewegungen beziehen, so machen die Fälle in diagnostischer Beziehung oft Schwierigkeiten, wenn an die Möglichkeit einer Erkrankung des Sternoclaviculargelenkes nicht gedacht wird. Im vorliegenden Fall ließ auch das Röntgenbild die Veränderungen im Gelenk, die zu vollständiger Ankylose geführt hatten, erkennen. Kürzlich hatten wir auch Gelegenheit, die gleiche Gelenkaffektion als Teilerscheinung einer Bechterewschen Krankheit zu beobachten. Die arthritische Erkrankung des Sternoclaviculargelenkes darf nicht verwechselt werden mit den Stellungsanomalien des sternalen Schlüsselbeinendes, die sich bei Lähmungen des Trapezius nicht selten ausbilden.

Albrecht, Kurt: Demonstration eines Ischiadicustumors.

Käthe P., 29 Jahre, vom 22. VI. bis 22. VII. 1925 in der Klinik. Seit ca. 2 Jahren anfallsweise auftretende heftige Schmerzen und Stiche im linken Unterschenkel. Anfangs alle 4—6 Wochen auftretend, später häufiger und länger dauernd. Gelegentlich Schmerzanfälle durch Bewegungen und Temperatureinflüsse (Kälte) ausgelöst. Nur durch Morphium Linderung. Während der Schmerzanfälle Gefühl von Schwere und Abgestorbensein im linken Bein. Immer bald wieder vergangen. Jahrelang verschiedenste Behandlungsversuche fruchtlos, auch für hysterisch gehalten worden; kommt mit der Diagnose chronische Ischias in die Klinik. — Befund: das linke Bein in toto etwas dünner als rechts, aber keine Paresen, auch elektrisch normal. Patellar- und Achillesreflexe lebhaft, ohne Differenz, keine Pyramidenbahnreflexe. Sensibilität: gab eine ganz leichte, nicht sicher abgrenzbare Herabsetzung für Temperatur und Schmerzreize an der Außenseite des linken Unterschenkels an. Gang o. B. Beiderseits kein Lasègue. Am Nervus ischiadicus besteht eine ganz circumscripte Druckempfindlichkeit handbreit oberhalb der Kniekehle, sonst keine Druckempfindlichkeit im Verlaufe der Ischiadicus; und zwar ist die Schmerzhaftigkeit an dieser Stelle so stark, daß Pat. bei leichten Druck laut aufschreit. Man fühlt an dieser Stelle einen ziemlich harten Tumor, aber nur unsicher, wegen der starken Schmerzhaftigkeit. Röntgenaufnahme o. B. Sonstiger Befund ohne Belang. Im Bett gewöhnlich keine Schmerzen, einmal nach der Untersuchung heftiger Schmerzanfall. 9. VII. Operation: Geh.-Rat Hildebrand. Hautschnitt von der Kniekehle an 15—20 cm nach oben. Freilegen des Nervus ischiadicus dicht oberhalb der Teilungsstelle in Peronäeus und Tibialis. Dem Ischiadicus lateral anliegend findet sich eine etwas unterhühnereigroße, fischblasenähnliche mit gelblicher Flüssigkeit gefüllte cystische Neubildung. Die Nervenfasern sind von der Cyste teilweise auseinander gedrängt, einzelne verlaufen meridianartig über sie hinweg. Es gelingt, die Nervenfasern von der Cyste unverletzt abzupräparieren und den Tumor ebenfalls unverletzt in toto zu exstirpieren. Einbettung des Nerven in Fettgewebe. Hautnaht. Der Tumor war von länglicher Form ca. 8 cm lang, sein Durchmesser 3 cm. Er zeigte an seinem einen Ende eine deutliche Einschnürung, die ihn in einen etwa $^1/_5$ des ganzen betragenden Kopf und den größeren Leib teilte. Längs des ganzen Tumors eine Raphe, in der eine Nervenfaser eingeschlossen war, die sich herausziehen ließ. Nach Formalinhärtung zeigte sich beim Längsschnitt, daß an der Einschnürung der eigentliche erbsengroße, runde, derbe Tumor mit einer zentralen Blutung saß, dessen Membran an

Digitized by Google

seinen beiden Polen durch Flüssigkeit sackartig ausgebuchtet war, während diese Membran an seinem Äquator fest mit ihm verbunden war. Durch die verschieden starke Ausbuchtung war die eigentümlich längliche Form mit einem kleineren Kopf und einem großen Leib entstanden. Nach der Operation hatte Pat. keine Schmerzanfälle mehr, aber eine leichte Parese der kleinen Fußmuskeln links war aufgetreten, die anfangs beim Gehen Beschwerden und Schmerzen machte, aber sich nach 2 Monaten fast vollständig zurückbildete, so daß Pat. jetzt längere Fußtouren ohne Beschwerden machen kann. Außerdem fand sich nach der Operation anfangs eine leichte Abschwächung des Achillessehnenreflexes, die ebenfalls bald verschwand, während eine grobe Sensibilitätsstörung für alle Qualitäten, die ziemlich genau dem Versorgungsgebiet des N. cut surae med. entspricht und wohl durch Exstirpation der einen Nervenfaser bedingt ist, bisher nicht zurückgegangen ist. — Aussprache: Creutzfeldt demonmonstriert histologische Präparate dieses Tumors, eines Lymphendothelioms: Der Tumor selbst, ein sehr zellreiches Gewächs, steht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Endothel der Lymphbahn. Er besteht aus dicht gelagerten, länglichen, zum Teil spindeligen Zellen, die in Zapfen und Zügen wachsen. An einer Stelle ein Haufen Rundzellen. Starke Neigung zu infiltrierendem Wachstum, der Tumor ist aber von einer dicken Bindegewebskapsel umgeben. Die Cyste enthält geronnenes Serum und ist durchzogen von feinen, zum Teil noch endothelbesetzten Bindegewebszügen, in denen auch elastische Fasern liegen. Sie ist wahrscheinlich entstanden durch eine lokale Lymphstauung, die durch das die Lymphbahnen sperrende Lymphendotheliom verursacht ist. Jakobsohn Lask fragt, ob außer Schmerzen auch Lähmungen bestanden haben. Albrecht (Schlußwort): Eigentliche Lähmungen bestanden nicht, doch während der Schmerzen ein Gefühl der Schwäche.

Ein Antrag des Vorstandes betreffs Einschiebung einer besonderen jährlichen Nachmittagssitzung wird auf Vorschlag von Bonhoeffer durch Beschluß der Gesellschaft einer Kommission überwiesen. Mit Rücksicht darauf erklärt Jacobsohn-Lask seinen Einspruch für erledigt.

Henneberg: Aussprache zum Vortrag von Jacobsohn-Lask: Warum liegt im Rückenmark die graue Substanz nach innen, die weiße Substanz nach außen usw.

Vgl. Sitzg. v. 9. XI. 1925, dies. Zentrlbl. **42**, 846.

Henneberg: Herr Jacobsohn-Lask hat uns gezeigt, wie phylogenetisch und ontogenetisch die Verteilung und Lagerung der grauen und weißen Substanz im Zentralnervensystem zustande kommt. Die wesentliche Frage, die zu beantworten war, ist die Frage, warum die graue Substanz der Rinde an die Peripherie rückte und die verbindenden, die zu- und abführenden Fasern nach innen zu liegen kommen. (Es gibt übrigens auch peripherisch liegende Fasern: die Tangentialfasern). Ob Her J. bei seinen phylogenetischen und ontogenetischen Ausführungen über das rein Descriptive wesentlich hinausgekommen ist, ob er eine wirklich im engeren Sinne causale Erklärung gegeben hat, erscheint mir sehr zweifelhaft. Ich will jedoch die Frage nicht wieder anschneiden. Ich möchte nur bemerken, daß mit einer Behauptung, daß die Fasern einen bestimmten Weg einschlagen müßten, weil sie den im primitiven Zustande verharrenden Plexus nicht passieren konnten, nicht viel hinsichtlich einer causalen Erklärung gewonnen ist. Man kann ebensogut das Umgekehrte behaupten, nämlich, daß der Plexus primitiv blieb, weil keine Fasern in ihn hineinzogen. Fruchtbarer erscheint mir nun eine teleologische Betrachtung, zu der wir berechtigt sind, wenn die causale versagt. Fragen wir, „weshalb" die Rinde in die Peripherie rückte, so liegt die Antwort nahe. Das Neuhirn, das Mesencephalon, konnte nicht in das Palaeencephalon eingebracht werden, es konnte nur in der Peripherie eine freie Entfaltungsmöglichkeit gewinnen und zwar dadurch, daß hier eine Oberflächenvergrößerung durch Faltung möglich war. Wir wissen, daß $^2/_3$ der Hirnoberfläche des Menschen in den Furchen liegen. Auch sonst sehen wir, daß Organe mit großer Entfaltungsmöglichkeit an die Oberfläche rücken. Ich erinnere z. B. an die monströsen Antennen mancher Insekten, an die Faltung der Nasenmuscheln bei Säugern. Hingewiesen sei ferner auf die Rinde der Niere und der Nebennieren, auch auf die Faltung der großen Olive und des Nucleus dentatus. Die peripherische Lage des neencephalischen Graues ermöglicht auch die notwendige besondere Vascularisation von der Pia aus, ein Umstand, der biologisch zweifellos von großer Bedeutung ist. Faltung und Ernährung der Rinde wären unmöglich, wenn diese von den zu- und abführenden großen Fasermassen überlagert würde. Ich glaube, daß solche Betrachtungen zum mindesten als Ergänzung zu der Betrachtungsweise des Herrn Jacobsohn-Lask berechtigt sind und bei Hypothesen über die Hirngestaltung Beachtung verdienen. — Jacobsohn-Lask (Schlußwort): Wenn man zeigt, wie eine Erscheinung in der Ausgestaltung des Zentralnervensystems, deren Zustandekommen bisher nicht erklärt werden konnte, oder in phantastischer Weise erklärt worden ist, sich in einfacher Art aus dem phylogenetischen Entwicklungsgange des Nervensystems enträtseln läßt, so ist das keine bloße Beschreibung von morphologischen Tatsachen, wie Herr Henneberg meint, — denn die tatsächlichen morphologischen Verhältnisse sind ja seit geraumer Zeit bekannt — sondern es ist die Darlegung eines Entwicklungsganges, der notwendigerweise zu dieser und keiner anderen Ausgestaltung führen mußte. Es sind also Bedingungen aufgezeigt, die den Aufbau der grauen und weißen Substanz

Digitized by Google

in bestimmter Richtung ursächlich beeinflußt haben, wenn auch die Ursachen, welche diese Bedingungen, z. B. die Telae chorioideae, haben entstehen lassen, noch nicht gefunden sind, und die letzte Ursache, welche als treibende Kraft gewirkt hat, auch nicht gefunden werden kann. Die Erklärung, welche J. für das Zustandekommen der exzentrischen Lagerung der grauen Substanz in den Großhirnhemisphären gegeben hat, erscheint ihm nach den phylogenetischen Entwicklungsgange folgerichtiger als diejenige des Herrn Henneberg, wiewohl man zugeben muß, daß außer den von J. angegebenen Faktoren wohl noch mehrere andere mitgewirkt haben werden. Im Anschluß an die Diskussionsbemerkungen macht J. noch einige kleine Ergänzungen zu seinem in der vorangegangenen Sitzung gehaltenen Vortrag.

Henneberg: Hirnbefund bei reiner Worttaubheit.

Vortragender berichtet über den weiteren Verlauf und den Hirnbefund in dem in der Sitzung vom 13. Mai 1918 vorgestelltem Falle von reiner Worttaubheit (vgl. Sitzungsbericht Neurol. Centrlbl. 1918, S. 426 u. 539). Bis zu dem Aug. 1925 erfolgten Tode hat der Zustand keine wesentliche Veränderung erfahren. Eine scheinbare Besserung machte sich insofern geltend, als Pat. lernte, einer gewöhnlichen Unterhaltung zu folgen. Es ließ sich jedoch leicht erklären, daß Pat. infolge seiner hohen Intelligenz und erstaunlichen Kombinationsfähigkeit weit mehr auf Grund der von ihm aufgefaßten Worte erriet als hörte. Auch kurze Sätze konnte er in der Regel nicht wörtlich nachsprechen, wohl aber dem Sinn nach wiedergeben. Von ausgefallenen oder widersinnigen Mitteilungen verstand er nichts, ebensowenig von aus dem Zusammenhang gerissenen Stellen aus Büchern oder Zeitungen. Eine Fabel oder ein Gedicht konnte er nicht verstehen, wohl aber merkte er, daß es sich um eine Fabel bzw. ein Gedicht handelte. Sinnlosen Silbenverbindungen, selteneren Fremdwörtern, Eigennamen gegenüber versagte er meist völlig. 2stellige Zahlen wurden erfaßt, 3stellige nicht mehr. Die sehr auffällige Erscheinung, daß Pat. oft bei fehlendem Wortlautverständnis den Sinn eines Wortes erfaßte, blieb bestehen, z. B. Federhalter — etwas zum Schreiben, ein Gebrauchsgegenstand, Gerechtigkeit — eine göttliche Beurteilung, Schütze — Ton und Wort wie Müller, Giraffe — Säugetier wie Gorilla usw. In solchem Falle fand er das Wort nicht, während im übrigen die Wortfindung (beim Spontansprechen, bei Bezeichnung von wahrgenommenen Gegenständen) ungestört war. Nicht selten wurden verwandte Begriffe reproduziert, z. B. Mikroskop als Fernrohr nachgesprochen. Eigennamen wurden bisweilen durch andere ersetzt, z. B. Herkules als Xenophon nachgesprochen. Von großem Interesse ist, was Pat. selbst über seine Störung aussagt: er höre das Geräusch der Worte, könne es aber mit dem damit verbundenen Worte im Gehirn nicht erklären. „Ich höre das Geräusch der Worte, bin aber nicht in der Lage, es zu verwenden." „Fremde Worte oder Fremdwörter sind mir nach dem Gehör unbekannt, und ich betrachte sie als Worte einer fremden Sprache, von der ich nur einen Teil kenne." „Reden und Predigten sind mir unverständlich, während der mir Nahstehende, was das Thema betrifft, etwas klarer für mich spricht." „Ich verstehe Worte besser, wenn ich weniger nervös und aufgeregt bin." „Ich höre wie Leute, die bei einer Rede zu weit hinten im Saale sitzen." „Das Wort steht nicht eingeschrieben in meinem Gehirn" — „Das Wort ist zertrümmert in meinem Gehirn" — „Ich habe es gehört, aber das Wort ist noch nicht aufgebaut in meinem Hirn" — „Ich muß alles neu aufbauen aus vorhandenem Material." Befragt, wie es komme, daß er Schildkröte als Krokodil nachspreche, äußert er: „Im Gehirn wohnen und hüpfen die beiden Worte zusammen." Pat. brauchte oft eigenartige Wendungen und Vergleiche. Er zeigte einen ausgesprochen psychopathischen (paranoiden) Zustand. Vor der Hirnerkrankung war er ein ungewöhnlich intelligenter und strebsamer Mann. Pat. litt an leichten und schweren epileptischen Anfällen. Beachtenswert ist, was Pat. über die Aura aussagte: „Die Anfälle beginnen mit einem Gefühl von Bewegung im linken Hirn, als ob gesprochen wird, es klingt wie Lispeln und Summen, dann steigt ein Gefühl herunter ins rechte Bein usw. Während der Aura springen meine Gedanken hin und her, es ist wie eine Jagd, ich komme von meinem Bruder auf Eugen Richter und Napoleon." Patient starb im August 1925 im St. Georg-Krankenhaus zu Hamburg an eitriger Pleuritis. Bei der Sektion fanden sich alte endokarditische Veränderungen. Es ist anzunehmen, daß die Hirnveränderung auf einen embolischen Gefäßverschluß zurückzuführen ist. Das Hirn verdanke ich Herrn Kollegen Wohlwill. — Befund: Ein Frontalschnitt durch das caudale Drittel der Insel zeigt eine haselnußgroße malazische Cyste mit bräunlich verfärbten Wandungen. Diese Cyste zerstört das Mark der Heschlschen Windung und das tiefe Mark von Temporalis sup. Das Mark von Temporalis med. zeigt ein etwas glasiges Aussehen, eine Schrumpfung derselben liegt nicht vor. Die Rinde der Schläfenwindungen wie auch der Querwindung ist durchweg erhalten. Die Cyste wird vom Unterhorn durch eine ca. 1 mm dicke, bräunlich verfärbte Schicht getrennt. Die Degeneration greift auf die Radiatio thalami und auf die innere Kapsel über. Der Thalamus ist links stark geschrumpft, der Seitenventrikel deutlich erweitert. Frontalschnitte, die hinter die Cyste fallen, zeigen keine makroskopischen Veränderungen. Nach vorn von der Cyste d. h. im Bereich des mittleren Drittels von Temporalis sup. besteht ein Defekt in der der Inselrinde anliegenden Rinde von Temporalis sup. Dieser Defekt steht in Zusammenhang mit einem kleinen bräunlichen Herd im ventralsten Teil des Claustrums und der Capsula externa. Weiter nach vorn sieht man keine makroskopischen Veränderungen. In theoretischer Beziehung läßt sich über den Fall

Digitized by Google

vieles sagen. Ich möchte das jedoch zurückstellen, bis das Hirn geschnitten ist (die Bearbeitung und Veröffentlichung wird gemeinsam mit Herrn Bielschowsky erfolgen). Jedenfalls kann der Fall im Sinne der klassischen Lehre von der subcorticalen sensorischen Aphasie im Sinne Lichtheims, Wernickes und Liepmanns gedeutet werden. Ich nehme an, daß das noch vorhandene Wortlautverständnis durch den rechten Schläfenlappen geleistet wurde und daß alle Symptome sich durch die Absperrung bzw. erschwerte Erreichbarkeit des akustisch-mnestischen Feldes im linken Schläfenlappen erklären lassen. — Aussprache: Schuster: Ein von mir klinisch beobachteter und jetzt auf Serienschnitten anatomisch untersuchter Fall reiner Worttaubheit ergibt einen ganz ähnlichen, nur auf einen viel kleineren Raum begrenzten anatomischen Befund, wie der Fall des Herrn Henneberg. Auffallend in unserem Fall, den ich der Gesellschaft bald zu zeigen hoffe, ist eine sich auf dem Sagittalschnitt blattförmig hinziehende Beteiligung der Claustrumgegend. Ich bitte Herrn Henneberg um Auskunft, ob auch in seinem Fall etwas ähnliches vorlag. — Henneberg: Nur der am meisten basal gelegene Teil des Claustrums und der Capsula externa lassen eine Degeneration makroskopisch erkennen. — Niessl v. Mayendorf-Leipzig (a. G.): Der von Herrn Henneberg soeben besprochene klare Fall beweist wieder, wie unrecht Henschen hat, wenn er die subcorticale Worttaubheit auf eine Zerstörung der Wernickeschen Stelle in der hinteren ersten Schläfenwindung zurückführt. Die unvoreingenommene Beurteilung seines wichtigen Falles Nordensen läßt auch in diesem eine Unterminierung der linken Hörsphäre, also eine anatomisch-subcorticale Grundlage der klinisch-reinen, subcorticalen Worttaubheit erkennen.

Niessl v. Mayendorf (a. G.): Über die anatomische und psychische Assoziation.

Der Vortragende weist an der Hand einiger Beispiele aus der Psychologie nach, daß die traditionelle Lehre von der anatomischen Verbindung von Vorstellungszentren oder der physiologischen Assoziation von Vorstellungen unhaltbar sei. Anatomisch können nur die corticalen Sinnessphären sowie deren Elemente untereinander und mit den stummen Hirnteilen verbunden werden, physiologische Zusammenfassungen sind nur unter physiologischen Reizformen möglich. Diese entsprechen jedoch im Bewußtsein nur dem, was wir als Elemente desselben bezeichnen. Diese sind nicht von dem Bewußtsein isoliert erfaßbar, sondern können nur durch Analyse gewonnen werden. Daraus geht hervor, daß zwar alles psychische Geschehen im letzten Grunde ein physiologisches Assoziieren sei, welches aber wegen seiner cerebralen Vielverzweigtheit und seines zeitlich-sukzessiven Ablaufs auf anatomische Bahnen und Zentren nicht zurückgeführt werden kann. Andererseits ist der Assoziationsmechanismus des Vorderhirns das materielle Instrument, welches dem unaufhörlichen Spiel der psychischen Assoziationen feste Grenzen setzt, zwar nicht ihren Inhalt, jedoch die Formen derselben bestimmt. Wie ohne die physiologische sinnliche Reizform die sie psychisch zum Bewußtsein bringende Wahrnehmung und Vorstellung unmöglich ist, ebensowenig ist ein Erinnerungsbild von einem anderen Sinnesgebiet aus nur erweckbar, wenn die anatomischen Assoziationsketten zwischen den betreffenden vertikalen Sinnessphären durch einen Krankheitsprozeß vernichtet wurden. Ein Parallelismus zwischen anatomischer und psychischer Assoziation muß auch deshalb abgelehnt werden, weil die anatomischen Bogenbündel des Großhirns zum großen Teil nur komplizierte Systeme von Reflexkollateralen darstellen. Die zahlreichen, langen Assoziationssysteme, welche die Zentralwindungen mit der übrigen Hirnrinde verknüpfen, rücken diese physiologische Bedeutung mit überzeugend morphologischer Eindringlichkeit unabweislich vor Augen. Insofern als der Wille selbst als hochorganisierter Reflex im Bewußtsein erscheint, in diesem aber das teleologische Prinzip, die Wahl der funktionell zu entbindenden corticalen Gangliengruppen beherrscht, wird die Art der Abhängigkeit der psychischen Größe von ihrem physischen Korrelat sehr durchsichtig. Eine Revision der traditionellen Lehre, welche die Ergebnisse der pathologischen Anatomie mit psychologischen Termini und Formeln vermischt, die einen durch die anderen erklären will, ist dringend geboten, wenn sich die Deutung der ersteren vor dem Forum einer wissenschaftlichen Kritik auch weiterhin behaupten will. — Aussprache: Wolpert: Wenn man auch den Standpunkt der Assoziationspsychologen vertritt, so muß man, bevor man die psychischen Vorgänge anatomisch erklärt, diese Vorgänge analysieren. Man muß also von den psychischen Vorgängen ausgehen, und nicht umgekehrt, wie es der Vortragende gemacht hat, auf Grund anatomischer Feststellungen physiologische und psychologische Behauptungen aufstellen. Sind schon die vom Vortragenden angenommenen physiologischen Behauptungen unbewiesen, so widersprechen die psychologischen Behauptungen den Tatsachen. Eine gleichzeitige Erregung zweier Sinnessphären, eine gleichzeitige Wahrnehmung mehrerer Objekte ist möglich. Man kann diese psychologische Tatsache nicht ableugnen, weil sie nicht in die Theorie des Vortragenden hineinpaßt. Im übrigen sind die prinzipiellen Bedenken, die gegen die assoziationspsychologischen Lehren geäußert werden, auch vom Vortragenden nicht widerlegt worden. — Niessl v. Mayendorf (Schlußwort): Der Standpunkt des Herrn Vorredners ist mit dem meinigen durchaus verträglich, es erübrigt sich daher in Anbetracht der vorgeschrittenen Zeit, auf die vielfach recht interessanten Details, welche er ausgeführt hat, einzugehen.

(Zum Teil nach Eigenberichten durch *K. Löwenstein.*)

Digitized by Google

Aus den wissenschaftlichen Sitzungen der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie (Kaiser Wilhelm-Institut) in München.

Kraepelin: Versuche über fortlaufende Zeitschätzung. Wiss. Sitzg., dtsch. Forschungsanst. f. Psychiatrie (Kaiser Wilhelm-Institut), München.

Kraepelin berichtet über Versuche, die Herr Dr. Schultz nach dem seinerzeit von Ejner erprobten Verfahren der fortlaufenden Zeitschätzung durchgeführt hat. Der Zweck dieser Versuche war es, den Ablauf der inneren Willenshandlungen näher zu verfolgen, die erfahrungsgemäß den Schätzungen längerer Zeitstrecken zugrunde liegen, da diese immer oder doch ganz vorwiegend mit Hilfe von Bewegungsvorstellungen ausgeführt zu werden pflegen. Als zweckmäßigste Schätzungsstrcke erwies sich die Zeit von 20 Sekunden. Bei der Verwendung von 30 Sekunden ging zuviel Zeit ungenützt verloren, während bei einer Herabsetzung auf 10 Sekunden sich unangenehme Spannungsgefühle einstellten, die eine wesentlich andere Einstellung auf den Versuch bedingten. Entsprechend den früheren Erfahrungen Ejners stellte sich heraus, daß die durch ein Signal angegebene Zeit bei 90maliger Wiedergabe zunächst ansteigende, im weiteren Verlaufe aber mehr oder weniger stark sinkende Schätzungswerte veranlaßte. Das endliche Sinken war auf Grund der Selbstwahrnehmung ohne Zweifel als Ermüdungserscheinung aufzufassen und ging öfter mit lebhaften Schwankungen infolge von Ermüdungsantrieben einher. Die anfängliche Kürze der geschätzten Zeiten dürfte auf die im Beginn des Versuches erhöhte Willensspannung zurückzuführen sein, die sich dann durch die Entwicklung der Anregung vermindert, so daß eine Vergrößerung der Schätzungswerte eintritt. Jener Deutung entspricht die weitere Erfahrung, daß von 2 am Vormittage kurz nacheinander durchgeführten Schätzungsreihen die 2. regelmäßig geringere Werte lieferte als die 1. Ganz entgegengesetzt gestaltete sich das Verhältnis in 2 ähnlichen Reihen, die unmittelbar nach dem Mittagessen durchgeführt wurden; hier lagen die Werte der 2. Reihe wesentlich höher als diejenigen der 1. Eine Erklärung dafür ist in der deutlich empfundenen Verdauungsmüdigkeit nach Tisch zu suchen, die sich späterhin allmählich wieder verliert. Gerade dieser Umstand beweist, daß es sich hier nicht um wirkliche Ermüdung handeln kann. In einer späteren Versuchsreihe verkürzten sich die Schätzungswerte des 2. Nachmittagsversuches deswegen, weil die rasch hereinbrechende Dunkelheit eine gewisse Unruhe bei der Versuchsperson erzeugte, die unwillkürlich zu rascherem Abschlusse des Versuches zu drängen schien. Die Einschiebung einer $^1/_2$stündigen Ruhepause zwischen 2 aufeinander folgende Versuche beseitigte die Ermüdungswirkungen im 2. Versuche und bewirkte hier im Gegenteil eine Zunahme der Schätzungswerte. Wurde dagegen zwischen die beiden Versuche eine $^1/_2$stündige oder einstündige geistige oder körperliche Arbeit (Rechnen, Auswendiglernen oder Spazierengehen) eingeschoben, so sanken die Schätzungswerte des 2. Versuches erheblich, auch wenn sie, wie sonst, am Nachmittage eigentlich hätten größer werden sollen. Das Spazierengehen wirkte in dieser Beziehung stärker als die anderen untersuchten Arbeiten, vielleicht deswegen, weil es eine gewisse Willenserregung erzeugt, die zu einer Verkürzung der Schätzungswerte führt. Endlich wurden noch Versuche durchgeführt, bei denen nach der 1. Schätzungsreihe entweder 40 g Alkohol genommen oder physiologische Kochsalzlösung, Cocain, Psicain oder Coffein eingespritzt wurden. Mit Pausen von je 20 Minuten folgten dann noch 2 Schätzungsreihen. Die Versuche mit Kochsalz, Psicain und Coffein stimmten untereinander ziemlich genau überein, insofern die Schätzungswerte in der 2. Reihe etwas zunahmen, um in der letzten wieder zu sinken; eine Beeinflussung durch die genannten Arzneimittel war somit nicht deutlich. Unter Alkoholeinfluß stellte sich eine mit jeder Reihe zunehmende Verkürzung der Schätzungswerte heraus, während das Cocain eine derartige Verkürzung nur in der 1., auf die Einverleibung des Mittels folgenden Reihe erkennen ließ. Auch hier wird man die durch beide Mittel erwirkte Willensanregung vielleicht in erster Linie als die Grundlage für die Verkürzung der Schätzungswerte betrachten dürfen. So unzulänglich auch die Zahl der bisher durchgeführten Versuche sein mag, so hat sich doch in ihnen gezeigt, daß Zeitschätzungen ein durchaus brauchbares Hilfsmittel darstellen, Schwankungen im Verhalten der inneren Willensvorgänge fortlaufend zu verfolgen. Das Verfahren wird sich daher vielleicht als Stichprobe in Arbeitsversuchen brauchbar erweisen. Weiterhin aber steht zu erwarten, daß es uns wertvolle Aufschlüsse in solchen Zuständen zu liefern vermag, die mit lebhaften Gemütsbewegungen und Stimmungsschwankungen einergehen, bei Manisch-depressiven Kranken, bei Psychopathen und Hysterischen.

Jahnel und Lange: Framboesie, Syphilis und Paralyse.

Die vergleichende Krankheitsforschung hat auf dem Gebiete der syphilogenen Erkrankungen des Nervensystems — zu diesem Zwecke zuerst von Spielmeyer durch seine Trypanosomenstudien nutzbar gemacht — bereits reiche Früchte getragen. Unter diesem Gesichtspunkte erscheint auch das Studium der nächsten Verwandten der Syphilis, der tropischen Framboesie, aussichtsvoll. Diese Krankheit, ausschließlich in gewissen tropischen Gegenden Asiens (Ceylon, den Sundainseln), Ozeaniens, Afrikas und Zentralamerikas heimisch, wird auf extragenitalem Wege erworben. Die charakteristischen Efflorescenzen bilden himbeerförmige

Digitized by Google

Granulome. Sonst besteht große Ähnlichkeit mit der Syphilis in klinischer, serologischer (pos. WaR.), ätiologischer (die Framboesiespirochäte ist vom Syphiliserreger nicht zu unterscheiden) und therapeutischer Hinsicht, doch gilt die Framboesie als die gutartigere und leichter zu heilende Krankheit. Über die Frage, ob die Framboesie nur eine tropische Modifikation der Syphilis, oder, wie von der Mehrzahl der kompetenten Autoren angenommen wird, eine selbständige Krankheit darstellt, herrscht noch keine Einmütigkeit. Die Vortr. gingen von dem Gedanken aus, durch Framboesieeinimpfung nach dem Vorbilde der Malariabehandlung Wagner-Jaureggs oder der Recurrenstherapie von Plaut und Steiner eine Heilwirkung auf den paralytischen Prozeß zu erzielen. Die Vortr. verwandten zu diesem Zweck einen ihnen von dem bekannten Framboesieforscher H. J. Nichols überlassenen Kaninchenhodenpassagestamm. Auffallenderweise erwiesen sich Paralytiker gegen diesen Framboesiestamm genau so immun, wie gegen eine Einimpfung virulenter Syphilisspirochäten. Es erscheint jedoch notwendig, das Verhalten von Paralytikern gegenüber anderen Framboesiestämmen zu prüfen, ehe die Vortr. ihren Plan, Paralytiker mit Framboesie zu behandeln, definitiv aufgeben möchten. Es besteht nämlich die Möglichkeit, daß Paralytiker für Framboesiestämme anderer Herkunft empfänglich sind, so daß der von den Vortr. zum ersten Male vorgenommene Versuch einer Paralysetherapie mit Hilfe der Framboesie durchaus nicht zur Undurchführbarkeit verurteilt sein muß. Die Beschaffung weiterer Framboesiestämme zu diesem Behufe ist von den Vortr. bereits eingeleitet. Es wäre auch wünschenswert, die Framboesietherapie der Vortr. bei Paralytikern in Framboesiedistrikten zu versuchen, wo die Übertragung direkt vom Menschen aus, ohne Einschaltung von Affen- oder Kaninchenpassagen vorgenommen werden könnte. Doch wird die Menschenpathogenität durch Tierpassagen nicht aufgehoben. Auch eine neuerliche Prüfung der Frage, ob Syphilitiker in späteren bzw. auch früheren Stadien gegen die Framboesie refraktär sind, erscheint dringend erforderlich. Die Versuche von Charlouis aus dem Jahre 1881, welcher Autor keine wechselseitige Immunität zwischen den beiden Krankheiten gefunden haben will, sind zu gering an Zahl und tragen der Möglichkeit eines unterschiedlichen Verhaltens in differenten Krankheitsstadien nicht Rechnung, so daß aus ihnen allgemeingültige Schlüsse nicht abgeleitet werden können. Nichols hat nämlich nach längerem Bestehen der Infektion eine gewisse Immunität zwischen diesen beiden Krankheiten auch in Kaninchenexperimneten feststellen können. Es wurde übrigens mehrfach schon behauptet, daß Syphilis in Framboesiegegenden sich nicht auszubreiten vermöge. Die Framboesie könnte auch einen der Faktoren bilden, welche die Seltenheit der Paralyse in tropischen Gegenden bedingen. Die paradoxe Behauptung (Lynch sowie Harper auf den Fidjiinseln), daß auch Framboesie Paralyse und Tabes zu erzeugen vermöge, steht mit den Erfahrungen, aller übrigen Tropenärzte in Widerspruch. Die Unterschiede zwischen Framboesie und Syphilis verlieren an Schärfe, wenn nicht unsere Syphilis, sondern die endemische Lues unkultivierter Völker zum Vergleiche herangezogen wird. Auch bei letzterer sind wie bei der Framboesie tertiäre Erkrankungen der Knochen und Haut sehr häufig, Paralyse und Tabes fehlen oder sind wenigstens sehr selten. Eine weitere Übereinstimmung besteht in der Häufigkeit der Übertragung auf extragenitalem Wege und im Kindesalter. Auch historisch betrachtet sind die Beziehungen von Framboesie und Syphilis von Interesse; manche Autoren behaupteten die Einschleppung der Syphilis durch die Matrosen des Kolumbus, andere wieder vertreten den Standpunkt, daß die bei den Ureinwohnern Westindiens heimische Krankheit Framboesie gewesen sei. Der Beweis für die mehrfach aufgestellte Behauptung, daß die Framboesie die ältere Krankheit und Stammutter der Syphilis sei, läßt sich natürlich nicht erbringen. — Aussprache: Plaut hat im vorigen Jahre in Washington Gelegenheit gehabt, Nichols, dem es zuerst gelungen ist, Framboesie auf Kaninchen zu übertragen, und von dem auch der hiesige Stamm überlassen wurde, über die Frage der Stellung der Framboesiespirochäte zur Syphilisspirochäte zu befragen. Nichols sprach sich gegen eine Identität, jedoch für eine nahe Verwandtschaft der beiden Spirochätenarten aus. Seiner Meinung nach handle es sich um eine Gruppenverwandtschaft etwa wie bei Typhus und Paratyphus. — Kraepelin weist darauf hin, daß nach allgemeiner Annahme gerade die Paralytiker sehr wenig zu syphilitischen Hauterscheinungen geneigt sind. Damit könnte ihre anscheinende Unempfindlichkeit gegen die Framboesie zusammenhängen, die ja durch sehr starke Hautveränderungen gekennzeichnet ist. Hinsichtlich der amerikanischen Entstehung der Lues macht er auf die neuerdings aufgetauchte „Lamatheorie" aufmerksam und erwähnt, daß nach dem Zeugnis eines amerikanischen Forschers im alten Peru eine Bestimmung bestand, der zufolge die Lamaführer auf Reisen immer von ihren Frauen begleitet sein mußten, vermutlich, um sie vor der Ansteckung durch Lamas zu bewahren. — Jahnel (Schlußwort): Eine von Haus aus mangelhafte Reaktionsfähigkeit des Integuments bei Paralytikern könnte wohl das Auftreten milder Erscheinungen erklärlich machen; da bei unseren Framboesieinokulationen jegliche Symptome ausblieben, dürften Immunitätsphänomene im Spiele sein.

Neubürger: Einiges über die Bedeutung funktioneller Gefäßstörungen in der Pathologie.

Während man in der klinischen Medizin funktionellen Gefäßstörungen eine wesentliche Rolle zuschreibt, verhält man sich in der pathologischen Anatomie solchen Störungen gegen-

Digitized by Google

über noch vielfach ablehnend. Die Ausführungen des Vortr. haben nun den Zweck, zu zeigen, daß sich eine Reihe von Organveränderungen, die nach Bau und Ausbreitungsweise unverkennbar eine Zirkulationsstörung als Grundlage haben, ohne sichtbare mechanische Verlegung oder anatomisch erkennbare Erkrankung von Gefäßen einstellt, daß also zweifellos Störungen der Gefäßfunktion hier pathogenetisch in Frage kommen. Vortr. würdigt zunächst die Verdienste von Ricker und seiner Schule um die Klärung vieler Probleme aus dem Gebiet der Gefäßfunktionsstörungen. Alsdann wird eine Anzahl von Beispielen vorwiegend aus der Pathologie des Zentralnervensystems gegeben, die z. T. dem laufenden Sektionsmaterial, z. T. der Literatur entstammen. Eine Reihe von Apoplexien bei fehlender Gefäßerkrankung, wie sie bei Hypertonie, Urämie, hämorrhagischer Diathese vorkommen, wird so gedeutet, daß sich durch Erregung der Vasadilatatoren in zahllosen kleinen Gefäßen prästatische Zustände und Erythrodiapedesen einstellen; Ruptur eines größeren Gefäßes ist nicht nachzuweisen. Es liegen also ähnliche Verhältnisse vor, wie man sie in neuerer Zeit bei arteriosklerotischen Apoplexien annimmt (Rosenblath, Lindemann); nur daß hier die zahllosen kleinen Gefäße, aus denen es blutet, schwere degenerative Wandveränderungen zeigen. — Auf Störungen im Strombahnnervensystem sind wahrscheinlich auch manche subdurale Spätblutungen nach oft ganz geringfügigem Trauma sowie ein Teil der Fälle von Pachymeningitis haemorrhagica interna zurückzuführen. Das gleiche gilt zweifellos für einen Teil der ätiologisch bekanntlich recht verschiedenartigen Fälle von Purpura cerebri, bei denen histologische Gefäßwanderkrankungen völlig fehlen; u. a. auch für Spätblutungen nach Commotio. Ebenso sind auch frische Nekrosen nach Commotio nicht als Quetschherde, als Folge mechanischer Zerrungen und Zerreißungen anzusehen; vielmehr wird man sie mit Rickerin der Weise erklären, daß die Erschütterung eine mechanische Reizung des Strombahnnervensystems gesetzt hat, in deren Folge peristatische Zustände, Stasen und Nekrosen sich ausbilden. Die nach Ricker in Commotionsgehirnen für lange Zeit zurückbleibende geänderte Reizbarkeit des Gefäßnervensystems mag auch späterhin öfter den Anlaß zu peristatischen Zuständen geben; solche dürften klinischen Bildern traumatischer Hirnschwäche und anderen postcommotionellen Syndromen zugrunde liegen, wie sie vielleicht fälschlich manchmal noch als traumatische Neurose gehen. — Vortr. bespricht dann einen Fall ausgedehnter frischer posttraumatischer Erweichung in den Stammganglien ohne Schädel- oder Duraverletzung, ohne Hämorrhagie oder Gefäßbefund, deren Zustandekommen er auf Spasmus größerer Gefäße zurückführt. Anschließend wird die Bedeutung von Gefäßfunktionsstörungen besprochen bei geburtstraumatischen Markerweichungen, bei diffusen Gliaverfettungen im Kindesalter, bei Kohlenoxydvergiftungen, bei Schichtausfällen in arteriosklerotischen Gehirnen, bei Krampfkrankheiten (Spielmeyer), insbesondere auch bei Keuchhusteneklampsie (die der Vortr. auf cerebrale Luftembolie zurückführt; vgl. dies. Zentrlbl. **40**, 740) und bei cerebraler Luftembolie selber; bei den beiden letztgenannten Erkrankungen dürften neben mechanischen Gefäßverlegungen auch Angiospasmen von Bedeutung sein, wofür auch neuere Versuche von Jacobi und Magnus (vgl. dies. Zentrlbl. **42**, 357) sprechen. — Weiterhin berührt Vortr. noch eine Reihe von Problemen aus der somatischen Pathologie; er bespricht u. a. kurz Fragen der Pathogenese der sog. Fleckmilz, der Pankreasapoplexie, der Glomerulonephritis (Volhard) und demonstriert einen Fall von zweifellos auf spastischer Basis entstandenem Niereninfarkt. Er weist zum Schluß darauf hin, daß man aus den funktionellen Gefäßstörungen kein Schlagwort machen darf, daß man aber zugeben muß, daß verschiedenartige, z. T. ihrer Natur nach unbekannte Reize in irgendeiner Weise auf die Gefäßwand wirken, ihre Funktion in anatomisch nicht greifbarer Art ändern und so zu Nekrosen usw. in den Parenchymen führen können, die ganz denen gleichen, wie wir sie bei organischer Gefäßerkrankung finden. — Aussprache: Oberndorfer weist an den Beispielen der Angina pectoris und des Magenulcus die Bedeutung der Gefäßspasmen auf Entstehung und Verlauf der Erkrankung hin. Näheres bei Oberndorfer, Anatom. Grundlegendes zur Angina pectoris. Münch. med. Wochenschr. 1925, Nr. 36 und Ulcus ventriculi, Jahreskurse für ärztl. Fortbildung 1926, H. 1, S. 5. — Kraepelin fragt an, wie man sich das Entstehen ausgebreiteter Blutungen infolge von Gefäßkrämpfen zu denken habe. —

Neubürger: Über „diffuse Gliaverfettung" im Großhirnmark bei Kindern.

Vortr. versucht, die immer noch strittige Bedeutung der sog. diffusen Gliaverfettung (vgl. dazu die Aussprache nach Wohlwills Vortrag zur Frage der Encephalitis congenita auf dem Pathologentag 1923; dies. Zentrlbl. **39**, 146) bei Säuglingen und Kindern in den ersten Lebensjahren zu klären. 28 Gehirne von Kindern im Alter von $1^1/_2$ Monaten bis zu 6 Jahren wurden untersucht; besondere Aufmerksamkeit wurde Kindern von mehr als $^1/_2$ Jahr (20 Fälle) geschenkt. Auf Grund seiner an Diapositiven erläuterten Befunde kommt Vortr. dazu, die Annahme abzulehnen, daß es sich um eine physiologische, mit dem Markaufbau in Zusammenhang stehende Verfettung handele. Gegen jene Annahme sprechen folgende Punkte: Das Fehlen des Fetts in noch nicht markreifen Systemen, seine außerordentlich wechselnde Anordnung im Gewebe und die sehr verschiedene räumliche Ausdehnung der Verfettung bei gleichaltrigen Kindern, die wiederholt beobachtete Wucherung faseriger Glia in veränderten Bezirken, das Vorkommen recht ausgedehnter verfetteter Areale bei älteren,

Digitized by Google

manchmal mehrjährigen Kindern, das Fehlen des Fettes bei einem wahrscheinlich an sog. „Ekzemtod" plötzlich verstorbenen, sonst ganz gesunden (Sektionsbefund negativ) Kind von 4 Monaten. Vortr. glaubt also, die Verfettung als Abbauvorgang deuten zu sollen, möchte jedoch, entgegen Schwartz, dem Geburtstrauma hier nur eine sehr geringe Rolle zusprechen. Oft fehlt jeder klinische Anhaltspunkt für eine traumatische Geburtsschädigung, zwischen Geburt und letaler Erkrankung liegt ein völlig gesundes Intervall, das viele Monate bis Jahre betragen kann; auch ist schwer vorstellbar, daß die jeweils angetroffenen Bilder von Verfettung unverändert seit der Geburt bestanden haben sollen. — Nach alledem möchte Vortr. die Verfettungen für toxisch bedingte Abbauvorgänge halten, die durch sehr verschiedene Noxen (Infektionen, Intoxikationen, Ernährungsstörungen usw.) hervorgerufen werden können; die Abbauprodukte, die sich vorwiegend in fixen Gliazellen finden, entstammen den jungen, anscheinend leicht vulnerablen Markscheiden. Es bestehen wahrscheinlich fließende Übergänge von den hier untersuchten Verfettungen zu den ausgedehnten Abbauprozessen, wie sie bei gewissen Formen diffuser Sklerose gefunden werden. Über die Bedeutung des Fettes bei Feten, Neugeborenen, Kaiserschnittkindern stehen dem Vortr. keine eigenen Erfahrungen zu Gebote; für die außerordentlich divergierenden Befunde der verschiedenen Autoren auf diesem Gebiete ist einstweilen eine Erklärung nicht möglich. Der Vortrag wird in der Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie veröffentlicht.

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis.

Referate.

Normale und pathologische Anatomie 129
Normale und pathologische Physiologie 136
Psychologie und allgemeine Psychopathologie 151
Allgemeine neurologische Diagnostik und Symptomatologie 161
Allgemeine psychiatrische Diagnostik und Symptomatologie 164
Spezielle Neurologie:
- Meningen 168
- Körperflüssigkeiten 170
- Schädel 173
- Großhirn:
  - Encephalitis 174
  - Hirnblutung, Hemiplegie, Arteriosklerose, Encephalomalacie 178
  - Linsenkernerkrankungen, Dyskinesien . . . 178
  - Aphasie, Agraphie, Apraxie, Agnosie . . . 180
  - Hirngeschwulst, Hirnabsceß 182
- Kleinhirn, Vestibularapparat, hereditäre familiäre Ataxien 185
- Rückenmark und Wirbelsäule:
  - Myelitis, Poliomyelitis, amyotrophische Lateralsklerose, spin. Muskelatrophie, spastische Spinalparalyse 188
  - Multiple Sklerose, Syringomyelie, Hämatomyelie 191
  - Rückenmarksgeschwülste 192
  - Wirbelsäule 193
- Periphere Nerven:
  - Periphere Nervenlähmung, Neuritis, Herpes zoster, Nerventumoren 194
- Sympathisches System und Vagus . . . 196
- Stoffwechsel und endokrine Drüsen:
  - Allgemeines über innere Sekretion 197
  - Hypophyse, Epiphyse, Diabetes insipidus . 198
  - Schilddrüse 200
  - Genitalorgane 206
  - Infantilismus, Nebennieren und Adrenalin, Addison 208
  - Tetanie und Spasmophilie 209
  - Osteomalacie, Pagetsche Krankheit . . . 212
- Syphilis 213
- Vergiftungen, Infektionen 216
- Traumatische Nervenerkrankungen, Kriegsverletzungen 218

Spezielle Psychiatrie:
- Epilepsie, Kinderkrämpfe 219
- Idiotie und Imbezillität, tuberöse Sklerose 221
- Progressive Paralyse, syphilitische Geistesstörungen, Trypanosomenkrankheiten . 223
- Schizophrenie 225
- Verblödungsprozesse 228
- Infektions- und Intoxikationspsychosen, Alkoholfrage 229
- Traumatische Psychosen 232
- Degenerative psychopathische Zustände, Pathographien 234
- Psychogene Psychosen, Hysterie, Kriegsneurosen 235

Forensische Psychiatrie 238
Das Konstitutionsproblem, Erblichkeits- und Rassenforschung . . . 240
Anstaltswesen, Statistik, Allgemeines 243

Gesellschaftsbericht.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 249
Aus den wissenschaftlichen Sitzungen der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie (Kaiser Wilhelm-Institut) in München . . . 253

Verlag von Julius Springer in Berlin W 9

Soeben erschien:

Psychotherapie

Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte

Von

Dr. Max Isserlin

Professor an der Universität in München

209 Seiten

RM 9.—; gebunden RM 10.50

Digitized by Google

Sanatorium Liebenstein DDr. Eichler-Seige
(vorm. Dr. Fülles' Sanatorium) Bad Liebenstein (Thür. Wald) / Fernruf Nr. 8
Klinisch geleitetes Sanatorium für innere und Nervenkranke
Kurmittel des kohlensauren Stahlbades Liebenstein (243)
Besitzer und leitende Ärzte:
Dr. Seige, Facharzt für Nervenkrankheiten / Dr. Eichler, Facharzt für innere Krankheiten

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9

Soeben erschien:

Die Hypertoniekrankheiten

Von

Dr. Eskil Kylin

Direktor des Militärkrankenhauses, zugleich der Inneren Abteilung des Bezirkskrankenhauses in Eksjö, Schweden

176 Seiten mit 22 Abbildungen

RM 8.40

Das vorliegende Buch bietet eine zusammenfassende Darstellung unserer heutigen Kenntnisse über die Blutdrucksteigerung und die Hypertoniekrankheiten unter Berücksichtigung aller bis in die neueste Zeit hinein auf diesem Gebiete veranstalteten Versuche.

QUADRONAL

bei fast allen Krankenkassen zugelassen

Rp. Phenyldimethylpyrazolon. Oxyäthylacetanilid. Lactyl-p-Phenetidid. Coffeinum pur.
Packungen: 20×0,5 10×0,5 Spitalpackungen

höchste Wirksamkeit bei: Migräne, Anfällen von Gicht, Ischias, rheumatischen Beschwerden, Nervenentzündungen, Trigeminus-Beschwerden, Schnupfen, Erkältungskrankheiten und Grippe

Proben und Literatur kostenlos

Asta-Werke A.-G., Chemische Fabrik Brackwede in Westfalen

Wir sind gleichzeitig Hersteller von **Dr. Kipper's Emulsion,** die von Fachleuten anerkannt wird und die schmackhafteste sein soll, die bisher existiert. Lassen Sie sich Geschmacksprobe und Literatur kommen.

Hierzu drei Beilagen vom Verlag Julius Springer in Berlin W 9

Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig

Digitized by Google

BAL

ZENTRALBLATT FÜR DIE GESAMTE NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE

REFERATENTEIL DER ZEITSCHRIFT FÜR DIE GESAMTE NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE UND FORTSETZUNG DES VON E. MENDEL BEGRÜNDETEN NEUROLOGISCHEN CENTRALBLATTES
REFERATENBLATT DER GESELLSCHAFT DEUTSCHER NERVENÄRZTE
OFFIZIELLES ORGAN DER BERLINER GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND NERVENKRANKHEITEN

REDIGIERT VON

R. HIRSCHFELD, BERLIN — K. MENDEL, BERLIN — W. SPIELMEYER, MÜNCHEN

SCHRIFTLEITUNG: R. HIRSCHFELD, BERLIN W 9, LINKSTR. 23/24

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9

MAY 9 1926

BAND XLIII, HEFT 5/6 — S. 257—352 — 1. MAI 1926

Gesellschaft Deutscher Nervenärzte

Die diesjährige **(XVI.) Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte** wird vom **24. bis 26. September** — im Rahmen der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte sowie im Anschluß an den Deutschen Verein für Psychiatrie* — in **Düsseldorf** abgehalten werden.

Das Referatthema lautet: **Die Pathogenese des epileptischen Krampfanfalls.**

Referenten: Foerster: Einleitender Überblick. Klinik und Therapie. Spielmeyer: Anatomie und Histologie. Trendelenburg: Physiologie. Georgi: Humoralpathologie. Wuth: Stoffwechselpathologie.

Anmeldungen von Vorträgen für diese Versammlung sowie von etwaigen der Versammlung zu unterbreitenden Anträgen werden bis zum 15. Juni an den 1. Schriftführer, Dr. K. Mendel, Berlin W, Augsburger Str. 43, erbeten.

---

* Die Referate des **Deutschen Vereins für Psychiatrie,** welche am 23. September gehalten werden, lauten: Architektonik der menschlichen Hirnrinde (Referent: O. Vogt) und Über die pharmakologische Beeinflussung der nervösen Systeme und die Auslösung nervöser und psychischer Syndrome durch Gifte (Referent: Rosenfeld-Rostock).

Digitized by Google

Autorenverzeichnis.

(Die Zahlen beziehen sich auf die Seiten.)

Adrogué, Esteban 280.
Adson, Alfred W. 289.
Agasse-Lafont, E. 327.
Albrecht, P. 337.
Allen, Charles Lewis 286.
Ameghino, Arturo 288.
Angelucci, A. 317.
Angerer, Hermann 259.
Archangelskij, W. 259.
Aycock, W. Lloyd 296.
Ayer, James B. 295, 296.
Babcock, W. Wayne 312.
Babonneix 315.
Balado, Manuel 280.
Ballif, Charlotte 318.
Bar, Louis 305.
Bárány, R. 307.
Bateman, J. Fremont 257.
Beck, A. 331.
Beder, W. 272.
Beerman, P. 332.
Bell, A. L. Loomis 282.
Benda, Robert 298.
Bendix, Ludwig 344.
Benedek, Ladislaus 334.
Beretervide, E. 313.
Bérlin, M. 284.
Bernis, W. J. 267.
Bertoin 318.
Beyer, Ernst 312.
Bickel, Adolf 269.
Bielschowsky, Max 315.
Bjerre, Poul 298.
Birnbaum, Karl 294.
Blatz, W. E. 275.
Bleyl, R. 305.
Bliss, M. A. 349.
Bloch, Br. 317.
Blum, Kurt 298.
Blumenfeld, Walter 276.
Böhmig, Wolfgang 295.
Brailovsky, V. 284.
Brief, Josef 304.
Brokowski, Stefan 339.
Brown, George E. 289.
—, Sanger 348.
Brüning, F. 308.
Brunschwiler, Karl 331.
Bruskin, J. 282, 305.
Brussilovskij, L. 313.
Burtt, H. E. 272.
Buscaino, V. M. 282, 283.
Buzello, Arthur 328.
Bychowski, Z. 302.
Calm, A. W. 321.
Campbell, Horace E. 321.
Campion, George G. 278.
Carp, E. A. D. E. 338.
Carr, Marjorie 320.
Cavaman, Zoe 318.
Chavskij, B. 325.
Chiurco, Giorgio Alberto 257.
Chodkov, W. 330.
Christiansen, Viggo 312.
Citelli, Salvatore 304.
Členov, L. 271.
Cole, Elbert C. 270.
Collip, J. B. 321.
Colonieu 259.
Csörsz, Karl 334.
Cushing, Harvey 291.
Dalsace, Jean 320.
Dana, Charles L. 346.
D'Antona, S. 328.
Daraszkiewicz, L. 336.
Davis, Loyal E. 291.
—, Thomas K. 346.
Demole, V. 331.
D'Hollander 258, 337.
Duchateau 338.
East, W. Norwood 344.
Efron, N. 324.
Einsiedel, v. 336.
Eschbach, H. 301.
Eversbusch, G. 279.
Ewald, G. 283, 340.
Feil, A. 327.
Feldmann, Sándor 294.
Felix, Willy 257.
Fetscher, R. 347.
Fischer, Siegfried 285.
Förtig, Hermann 324.
Fohl, Theodor 318.
Forel, O.-L. 343.
Forestier, Jacques 310.
Forster, E. 308.
Frantz, A. M. 311.
Frenkel, S. 282.
Freystadtl, Béla 263.
Fribourg-Blanc 322.
Friedländer, Walter 349.
Gaines, Lewis M. 324.
Galant, Johann Susmann 271.
Galewsky 337.
Gamberini, Mario 328.
Ganter, Rudolf 350.
Gareiso, Aquiles 332.
Garrelon, L. 261.
Gatti, A. 274.
Gicklhorn, Jos. 265.
Gjertz, Emil 314.
Girone, Vincenzo 284.
Giurgiu, C. 284.
Glaser, F. 316.
Goldscheider, A. 264, 265.
Gordon, Murray B. 282.
Gozzano, Mario 301.
Gravagna 314.
Grober 288.
Grünbaum, Robert 289.
Grünberg, G. I. 307.
Grünstein, A. M. 267.
Gržebin, Z. 299, 324.
Guillaumin, Ch.-O. 320.
Guillemin, A. 291.
Gurewitsch, M. 302.
Haecker, V. 345.
Hähnlein, V. 294.
Haike 351.
Heim de Balsac, F. 327.
Helbing, Franz 350.
Hellerström, Sven 314.
Hempt, Adolphe 327.
Henneberg 351, 352.
Herter, Konrad 264.
Higuti, Tatusuke 275.
Hjort, A. M. 321.
Hirsch, L. 290.
Hitschmann, E. 279.
Hofer, Gustav 289.
Hoffmann, Erich 326.
Holmes, Barbara Elizabeth 261.
—, Eric Gordon 261.
Houssay, B.-A. 267.
Hoven van Genderen, Jeanne van den 313.
Howe, Hubert S. 296.
Hryntschak, Th. 270.
Humbert 342.
Humphrey, George 274.
Jacobsohn-Lask, L. 351.
Janota, Otakar 332.
Jelliffe, Smith Ely 346.
Ilberg, G. 336.
Inman, W. S. 281.
Jost, Werner 314.
Juarros, César 313.
Iwanaga, Ikutaro 258.
Izard, Louis 295.
Kaisin 291.
Kaplan, A. 292.
Karger, Paul 277.
Katz, David 262.
Kauders, Otto 286.
Keeser, E. 286.
—, J. 286.
Keller, Rud. 265.
Kiesow, F. 274.
Kikuth, H. 259.
Kleint, Herbert 274.
Klemperer, Edith 340.
Kolars, J. J. 262.
Kolb 336.
Kopeloff, Nicholas 332.
Korenchevsky, Vladimir 320.
Kozernikov, A. 325.
Krämer, Richard 323.
Kraepelin, E. 337.
Kretschmer, Ernst 347.
Kubie, Lawrence S. 298.
Lackerbauer, J. 257.
Ladame, Ch. 288.
Ladwig, Arthur 318.
Lamache, A. 297.
Lampert, F. 269.
Landis, Carney 274.
Lange, Cornelia de 258.
Lasch, C. H. 311.
Lauber, H. 317.
Lawson, F. H. 281.
Leblanc, E. 259.
Lee, Ang Lanfen 276.
—, Ferdinand C. 297.
Le Fèvre de Arric 308.
Le Grand, A. 261.
Lehmann, Robert 322.
Leiri, F. 303.
Leriche, René 291.
Leroy 301.
Levine, Victor E. 262.
Leyen, Ruth v. der 341.
Liebmannn, Stefan 267.
Liek, E. 290.
Lier, Joh. L. van 339.
Lipmann, Otto 328.
Lipschütz, Alexander 320.
Loewenstein, Joseph 321.
Löwy, Max 284.
Lonergan, M. P. 332.
Long, E. 314.
Lucksch, Franz 260.
Maas, O. 351.
Macbride, Henry J. 308.
Mankowsky, B. 272.
Marcus, Herbert 317.
Marcuse, Julian 288.
Marinesco, M. G. 320.
Martin, Walter B. 300.
Marzio, Q. di 329.
Mathis, Hermann 259.
Mayendorf, Niessl v. 285.
Mayer, H. 280.
Mehner, Heinz 287.
Merwarth, H. R. 311.
Michaux, Jean 297.
Mihalescu, S. 330.
Minkowski, E. 338.
Minsker, S. 299.
Minz, J. 302.
Mirvish, L. 323.
Mislawsky, N. A. 266.
Mixter, William Jason 309.
Mohr, Fritz 292.
Molinelli, E.-A. 267.
Moll, Albert 280.
Montassus 330.
Morelli, Gustav 263.
Moses, J. 334.
Mouriz, J. 295.
Mozer, J. J. 314.
Müller 348.
Nachmansohn, M. 342.
Nakadate, Kohkichi 347.
Nasso, Ivo 328.
Nelson, Marque O. 299.
Nonne, M. 337.
Nyssen, R. 338.
Obarrio, Juan M. 286.
Obregia, A. 284.
Ochsner, Albert J. 345.
O'Leary, Paul A. 299.
Oljenick, Ign. 309.
Oliverio, Alfredo E. 345.
Omorokov, L. 303.
Ortleb 347.
Osborne, Earl D. 299.
Ossinskij, W. 281.
Oswald, Ad. 322.
Pagniez, Ph. 295.
Parhon, C. J. 318.
Parodi, Umberto 305.
Pavlovitch, A. 288.
Peet, Max M. 297.
Pereira, Jayme R. 265, 266.
Perrotti, Giuseppe 260.
Peserico, E. 270.
Pfeiffer, H. 331.
Piccinino, Guido 310.
Pieri, Gino 289.
Pines, I.-L. Ja. 308.
Planelles, J. 268.
Pollet 315.
Popea, A. 284.
Potter, La Forest 280.
Potts, W. A. 349.

Fortsetzung des Autorenverzeichnisses siehe III. Umschlagseite!

Digitized by Google

Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

Band XLIII, Heft 5/6 S. 257—352

Referate.

Normale und pathologische Anatomie.

Chiurco, Giorgio Alberto: Sulle localizzazioni motrici spinali. (Über die spinalen motorischen Lokalisationen.) (*Clin. d. malatt. nerv. e ment., univ., Siena.*) Atti d. reale accad. dei fisiocrit. in Siena Bd. **16**, Nr. 3/4, S. 253—268. 1925.

Im vorliegenden Fall fand sich eine Atrophie der Vorderhörner, angefangen von der Mitte des 3. Halssegments, die im 4. und im oberen Teil des 5. Segments ihren Höhepunkt erreicht, sich im 6. Segment noch auf beträchtlicher Höhe hält und im oberen Anteil des 7. Halssegments verschwindet. Dem histologischen Bild entsprachen die klinisch nachweisbaren Muskelatrophien in jeder Einzelheit. Dem Grade der Vorderhornatrophie entsprach auch in jedem Segment durchaus das Ausmaß der Verdünnung der Wurzeln, woraus sich eine Bestätigung des Dejerineschen Satzes ergibt, daß die Wurzeln in der Höhe, in welcher sie austreten, auch tatsächlich ihren Ursprung haben, daß also die segmentäre Innervation mit der radikulären übereinstimmt. Im einzelnen entsprach dem Verschontbleiben der Columna anterior des Vorderhorns das Intaktbleiben des Diaphragma und der Scaleni; die Zellen dieser Gruppe scheinen also zur Innervation derjenigen Muskeln bestimmt zu sein, welche mit der Wirbelsäule in näherer Beziehung stehen. *Erwin Wexberg* (Wien).

Felix, Willy: Beziehungen des Nervensystems zur Entzündung und zur Knochenregeneration. (*Chir. Klin., Univ. München.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **193**, H. 3/6, S. 196—237. 1925.

Die experimentellen Untersuchungen sollen feststellen, ob irgendwelche Abhängigkeit der Knochenheilung vom sympathischen Nervensystem besteht. Zu diesem Zweck wurde an Hunden und Kaninchen einseitig teils das Ganglion stellatum exstirpiert, teils der Bauchgrenzstrang entfernt und mit letzterer Operation eine Sympathektomie der Arteria femoralis verbunden. Gleichzeitig wurde an den entsprechenden Extremitäten beiderseits eine Knochenlücke im Schaft der Elle und des Schienbeins gesetzt und dann der Heilungsvorgang röntgenologisch verfolgt. Mark und Rinde des Knochens wurden immer abgetragen, das Periost dagegen in einem Teil der Versuche erhalten. In über der Hälfte der Versuche zeigte sich eine deutliche Beschleunigung der Regeneration des Knochens auf der Seite der Sympathicusentfernung. Sie beruht wahrscheinlich auf einer einwandfrei beobachteten Hyperämie. Nie wurde eine sichere Beschleunigung der Regeneration auf der Seite mit intaktem Sympathicus gesehen. Die Callusbildung erfolgt meist aus dem Periost, einige Male nur aus dem Mark trotz unversehrten Periosts. Der Sympathicus hat weder spezifisch trophische Fasern, noch nimmt er an der Innervation des quergestreiften Muskeltonus Teil. *R. Greving.*

Bateman, J. Fremont: Closed foramina of Luschka in the brains of the insane; their influence on the pathogenesis of the psychoses. (Der Verschluß der Luschkaschen Foramina beim Hirnkranken. Ihre Bedeutung für die Pathogenese von Psychosen.) (*Anat. laborat., Cornell univ. med. coll., Ithaca, N. Y.*) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **14**, Nr. 5, S. 616—637. 1925.

Die Bedeutung der Foramina Luschka, d. h. der seitlichen Kommunikationen des IV. Ventrikels mit den subarachnoidalen Räumen ist seit den Untersuchungen von Hess kaum mehr erörtert worden; daher hat Verf. ihr Verhalten an 901 kranken und gesunden Gehirnen genau studiert und ist zu recht bemerkenswerten Resultaten gekommen. Nach ihm spielen diese Foramina auf Grund embryologischer Betrachtung beim Menschen eine größere Rolle als das Foramen Magendii. Bei 11,6% der kranken Hirne konnte ein meist einseitiger Verschluß festgestellt werden; allerdings fand sich ein solcher auch bei 2,5% der normalen Fälle. Ausgehend von der Anschauung Motts, daß der Liquor die Hirnlymphe darstelle, deren Aufgabe es sei, die schäd-

Digitized by Google

lichen Stoffwechselprodukte des Z. N. L. abzuräumen, sieht Verf. in dem Verschluß jener Kommunikationen eine Behinderung der Liquorzirkulation, die schädliche Folgen haben kann; dies entgegen v. Monakow, der bei Feten die Foramina geschlossen fand und für die Entstehung von Psychosen eine primäre Erkrankung der Plexus annahm. Als anatomisch nachweisbare Folgen des Foramenverschlusses konnte Verf. in 70% der Fälle mit Verschluß eine deutliche Erweiterung der Seitenventrikel, bis auf das 5fache der normalen Weite feststellen, und zwar erwies sich überwiegend der lk. Ventr. erweitert, auch bei rechtsseitigem und doppelseitigem Foramenverschluß. Entsprechend der Dehnung wurde eine Runzelung des Ependyms dabei beobachtet. Auch die so häufigen Plexuscysten fanden sich überwiegend in den erweiterten Ventrikeln. Die Pacchionischen Granulationen zeigten auf der befallenen Seite eine geringere Größe und Menge. Verdickungen der Meningen, namentlich im Hirngebiet auf der kranken Seite, sieht Verf. als die Folge einer Schädigung durch stagnierende Stoffwechselprodukte an. Darüber hinaus gelang es in einer sehr hohen Prozentzahl, die verschiedensten krankhaften Hirnprozesse (Atrophien, Erweichungen, Substanzverluste) auf der Seite des Foramenverschlusses nachzuweisen, so daß Verf. nicht ansteht, auch diese als auf dem Boden einer Liquorzirkulationsstörung entstanden anzusprechen. Diese Prozesse sollen sich vor allem in den Hirnsulci, weniger oft im Bereich der Gyri lokalisieren. *Hiller* (München).

Iwanaga, Ikutaro: Studien über die motorischen Nervenendigungen. III. Die pathologischen Veränderungen und die atypischen Formen. (*Pathol. Inst., Univ. Sendai.*) Mitt. über allg. Pathol. u. pathol. Anat., Sendai Bd. **2**, H. 2, S. 371—393. 1925.

Es wird der Versuch unternommen, die pathologischen Veränderungen der motorischen Nervenendigungen beim Menschen nachzuweisen. Diese Veränderungen kommen angeboren und erworben vor. Die erworbenen Veränderungen treten bald als Teilerscheinung einer allgemeinen Krankheit, bald unabhängig vom Allgemeinzustand des Zentralnervensystems auf. Die atrophische Veränderung erscheint zuerst im zentralen Teil der Endigung und schiebt sich allmählich peripherwärts. Die Endnetze bleiben dabei meist ziemlich lange erhalten: die Atrophie kann aber auch gleichzeitig in allen Teilen der Endigung vor sich gehen. Die degenerativen Veränderungen treten gewöhnlich zuerst in den Endnetzen ein und greifen dann auf die nervösen Endäste über. Im Beginn der Degeneration verlieren die Neurofibrillen der Endnetze ihren glatten Kontur, zerfallen körnig, um schließlich ganz zu verschwinden. Hierbei läßt sich an den Endigungen eine neue, protoplasmaartige Substanz erkennen, die mit dem Namen Endsack bezeichnet wird und allmählich die Stelle der Endnetze einnimmt. In einigen pathologischen Endigungen treten Lymphocyten und Endothelzellen auf; die Kerne der entarteten Endigungen zeigen die Erscheinungen der Karyolyse und Karyorhexis. Die Stromasubstanz, die den Endigungen ihre hügelartige Erhöhung verleiht, ist normaler Weise sehr variabel: ist sie so spärlich, daß die Endigung ganz flach ausgestreckt erscheint, so gilt dies für abnorm. Endigungen, die sehr weit ausgestreckt sind, gelten ebenfalls als abnorm. (II. vgl. dies. Zentrlbl. **43**, 4.) *Stöhr jr.* (Würzburg).

d'Hollander, F., et P. de Smedt: Contribution à l'étude anatomo-clinique de la sclérose lobaire. (Beitrag zur Klinik und Pathologie der lobären Sklerose.) (*Laborat. pour l'étude du cerveau, univ., Louvain.*) Arch. internat. de méd. exp. Bd. **1**, H. 1, S. 1—16. 1924.

Ein Kind, das nach einer schweren Zangengeburt eine verlangsamte psychische Entwicklung bot, zeigte ab und zu Lähmungserscheinungen der Nackenmuskulatur, namentlich der rechten Seite, während die linke obere und untere Extremität leicht atrophiert und paretisch war. Mit 21 Jahren bot der Kranke einen mehrwöchentlichen psychomotorischen Erregungs- und Verwirrtheitszustand, ebenso mit 23 und mit 28 Jahren. Mit 29 Jahren setzte gleichfalls ein psychomotorischer Verwirrtheitszustand mit Verfolgungsideen ein, und der Kranke starb nach 10 Tagen. Das Gehirn zeigte eine Porencephalie mit sekundärer Mikrogyrie in der hinteren Hälfte der Gehirnkonvexität, namentlich im Occipitalhirn. Die mikroskopische Untersuchung ergab an diesen Stellen alte narbige Veränderungen mit Glia- und Gefäßproliferation und piale Fibrose. *A. Jakob* (Hamburg).

Lange, Cornelia de: On brains with total and partial lack of the corpus callosum and on the nature of the longitudinal callosal bundle. (Über Gehirne mit totalem und partiellem Balkendefekt und über die Natur des Balkenlängsbündels.) (*Emma hosp. f. sick childr., Amsterdam.*) Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. **62**, Nr. 5, S. 449—476. 1925.

Verf. beschreibt ein balkenloses Gehirn eines Kindes von wenigen Wochen. Makroskopisch

Digitized by Google

bestand eine ausgesprochene Polygyrie. Mikroskopisch fanden sich in der Rinde keine Spuren von Entzündung. Über dem ganzen Cortex war eine Granularis interna nachzuweisen. Die bisher in der Literatur niedergelegten Ansichten über das Balkenlängsbündel sind nicht genügend fundiert. Auf Grund der vergleichenden Untersuchung eines Gehirns mit partiellem Balkendefekt schließt Verf., daß das Balkenlängsbündel den nicht gekreuzten Anteil der Balkenfasern repräsentiert. Der Balkendefekt wird auf eine Keimschädigung zurückgeführt, deren Natur aber nicht geklärt erscheint. Bei den davon betroffenen Individuen bestehen meistens erhebliche Intelligenzdefekte. *Josephy* (Hamburg).

Archangelskij, W.: Zur Kasuistik der angeborenen Anomalien der Augenbewegungen. Russkij oftalmologičeskij žurnal Bd. 4, Nr. 8, S. 906—908. 1925. (Russisch.)

Beschreibung eines Falles von angeborener linksseitiger Abducenslähmung bei einer 47 Jahre alten Frau. Doppeltsehen bestand nicht. *Wolpert* (Berlin-Schlachtensee).

Kikuth, H.: Beitrag zur Genese und Klinik der Porencephalie. (*Säuglingskrankenh., Barmen.*) Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. **111**, 3. Folge: Bd. **61**, H. 1/2, S. 112—119. 1925.

Bei einem 3 Monate alten Säugling treten Krampfanfälle auf, Muskelrigidität, Schlafsucht, Tremor des linken Arms, Leblosigkeit des Gesichtes, Nystagmus. Die klinischen Erscheinungen wechseln. Nach 4 Wochen klinische Heilung, 5 Monate später erneut Krämpfe, Laryngospasmus, linker Arm wird steif gehalten. Nach weiteren 2 Monaten Lähmung der linksseitigen Extremitäten. Plötzlicher Exitus. Die Obduktion ergibt einen enorm großen Defekt der rechten Großhirnhemisphäre, der einen großen Teil des Scheitel- und Schläfelappens einnimmt. In der Tiefe des Defektes frischer Erweichungsherd. Übrige Hirnteile normal.

Kikuth deutet den erhobenen Befund als Ausdruck eines encephalomalacischen progredienten Prozesses mit schubweisem Verlauf, dessen Entstehung wahrscheinlich durch eine Gehirnblutung bei der Geburt oder durch eine solche vor der Geburt, infolge eines von der Mutter in der letzten Zeit der Schwangerschaft erlittenen Unfalles erfolgt. *Ed. Gamper* (Innsbruck).

Leblanc, E., et Colonieu: Etude d'un pseudencéphalien nosencéphale. (Beschreibung eines Anencephalus.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. **95**, Nr. 8, S. 211—216. 1925.

Sehr kurze Beschreibung eines Anencephalus mit Glotzaugen und fehlendem Hinterschädel. An Stelle des Gehirns fanden sich Blutkoagula; nur eine platte gedrückte Medulla oblongata und das Rückenmark waren vorhanden, in letzterem waren die Pialgefäße vermehrt und die graue Substanz mit Blutungen durchsetzt. Augen: Kolobom der Iris, totale Atrophie des Sehnerven, aber erhaltene Netzhaut mit allen Schichten. „Eingeweide normal" (und Nebennieren?). *Hallervorden* (Landsberg-Warthe).

Stroh, Hans: Halbseitige Mikrencephalie durch degenerative Atrophie infolge Pachymeningitis haemorrhagica interna bei Möller-Barlowscher Krankheit. (*Pathol. Inst., Univ. Heidelberg.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 1/2, S. 1—17. 1925.

Ein ♀ Kind, über dessen Geburt nichts erwähnt ist, erleidet mit 6—7 Monaten einen Krampfanfall. Seit dieser Zeit ist die rechte Körperhälfte paretisch. Es treten dann Erscheinungen von Möller-Barlowscher Krankheit auf, die sich trotz entsprechender Diät verschlechtert und im Alter von 10 Monaten zum Tode führt. Die Sektion ergibt ein pachymeningitisches subdurales Hämatom an der linken Konvexität und eine sklerotische Hemisphärenatrophie auf derselben Seite. Der mikroskopische Befund wird in großer Ausführlichkeit mitgeteilt, ergibt aber nichts irgendwie Bemerkenswertes, insbesondere nichts, was als Unterlage für die pathogenetische Auffassung des Falles dienen könnte. Verf. glaubt, daß die skorbutische Erkrankung Ursache des subduralen Hämatoms und dieses Ursache der Hemisphärenatrophie sei. Auf welche Weise dies geschehen soll und warum in den übrigen Fällen von subduralem Hämatom solche Folgeerscheinungen nicht beobachtet werden, darüber verliert er kein Wort. Daß Koeppen einen ganz ähnlichen Fall publiziert hat (nur daß kein Skorbut vorlag) und daß Ref. die einschlägigen Fragen ausführlich erörtert hat, ist Verf. entgangen. Aber etwas mehr Gedanken hätte er sich über diesen Fall doch wohl machen dürfen. Es handelt sich bei ihm wohl zweifellos um die in letzter Zeit so viel behandelten Fälle, die sicher zum größten Teil geburtstraumatisch bedingt sind. Daß klinische Erscheinungen erst nach dem 1. Lebenshalbjahr aufgetreten sind, spricht nicht gegen, sondern für diese Auffassung. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Mathis, Hermann, und Hermann Angerer: Über eine amniogene Mißbildung. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 258, H. 3, S. 757—770. 1925.

Beschreibung einer 5 Monate alten Frucht, Kind eines degenerierten Potators mit schweren Mißbildungen, u. a. auch an Kopf und Gehirn. Ohne unmittelbares psychiatrisch-neurologisches Interesse. *Kretschmer* (Tübingen).

Digitized by Google

Normale und pathologische Physiologie.

Perrotti, Giuseppe: Ricerche sperimentali sul trapianto dei nervi. (Experimentelle Studien über Nerventransplantation.) (*Istit. di clin. chir., univ., Roma.*) Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 9, S. 855—887. 1925.

Nach einer kurzgefaßten Übersicht über die bisherigen Methoden und Ergebnisse der Nervennaht und Nerventransplantation publiziert der Autor seine experimentellen (klinischen und histologischen) Untersuchungen an Hunden. Besonders interessiert er sich für die Frage der Transplantation von in Alkohol konservierten Nervenstücken. Bei seinen 14 Tieren nahm Verf. vor: 6 mal einfache Homoiotransplantation (von Hund auf Hund), und zwar 4 mal mit alkoholkonservierten, 2 mal mit frischen Nervenstücken, 2 „sekundäre" Homoiotransplantationen (d. h. längere Zeit nach der Resektion), 3 Autotransplantate mit frischen und konservierten Nerven, 3 Heterotransplantate (von Kaninchen auf Hunde) mit konservierten Nerven, 2 mal Fernnaht, 2 mal einfache Resektion, 3 mal Umhüllungen der Transplantate mit einem Arteriensegment, 1 mal Verpflanzung frischer und konservierter Nervenstücke unter die Haut. Verf. legt großes Gewicht auf die Technik, deren Details sich zum Referat nicht eignen. Seine Endresultate lauten: Die in Alkohol konservierten Stücke heilen ohne besondere Bindegewebsreaktion ein; sie zeigen nach 4—6 Monaten vom zentralen Stumpf eindringende Fasern, doch ist nach dieser Zeit die Neurotisation und besonders die Myelinreifung noch nicht beendet; die Schwannschen Zellen des zentralen und des peripheren Stumpfes nehmen an dem Neubildungsprozeß aktiven Anteil und auch im Transplantat findet man nach einigen Monaten den Schwannschen ähnliche Zellelemente; Hand in Hand mit diesem Prozeß geht die Wiederherstellung der Funktion und der elektrischen Erregbarkeit; dagegen werden die Heterotransplantate resorbiert, die Naht entlegener Nervenenden gibt keine Resultate; die Einscheidung durch Arterienstücke ist kontraindiziert und erst erlaubt, wenn bei einem zweiten Eingriff das Transplantat zahlreiche Adhäsionen zeigt. *Josef Wilder* (Wien).

Schönbauer, L., und L. R. Whitaker: Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß des vegetativen Nervensystems auf die Wundheilung, unter besonderer Berücksichtigung traumatischer Magenläsionen. (*I. chir. Univ.-Klin., Wien, u. chir. Univ.-Klin., Harvard-Univ., Boston.*) Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 38, H. 4, S. 500—508. 1925.

Versuche an Hunden. Es wurde zunächst an 7 Hunden untersucht, wie sich traumatisch gesetzte Wunden an den Beinen verhalten, wenn gleichzeitig an der Extremität die Sympathektomie ausgeführt wurde. Es zeigte sich, daß die Wunden an dem Bein, an dem die periarterielle Sympathektomie vorgenommen war, rascher abheilten als die Wunden an dem Bein ohne Sympathektomie. Dann wurden Untersuchungen an 17 Hunden gemacht, bei denen zum Teil die periarterielle Sympathektomie der Arteria gastrica sinistra vorgenommen war. Das Ergebnis der makroskopischen und mikroskopischen Untersuchungen war, daß traumatisch gesetzte Defekte der Magenschleimhaut zweifellos dann rascher abheilten, wenn gleichzeitig die Sympathektomie ausgeführt war. Verff. schlagen vor, beim hochsitzenden, nicht resezierbaren Magenulcus des Menschen die periarterielle Sympathektomie der Arteria gastrica sinistra auszuführen. *H. Kalk* (Frankfurt a. M.).

Lucksch, Franz: Gibt es beim Menschen eine Vaccine-Encephalitis? (*Pathol. Inst., dtsch. Univ. Prag.*) Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenk. u. Infektionskrankh., Abt. 1, Bd. 96, H. 5/6, S. 309—340. 1925.

Die tierexperimentellen Untersuchungen des Verf. mit der gewöhnlichen Pockenvaccine schließen sich an folgende Beobachtungen an: im Frühjahr 1923 erkrankten im nordwestlichen Böhmen 3 Kinder, und zwar die beiden ersten 9 Tage und das dritte 4 Tage nach der Impfung an eigenartigen cerebralen Erscheinungen. Das erste Kind starb 15, das zweite Kind 18 und das dritte Kind 15 Tage nach der Impfung. Histologisch wurden in allen 3 Fällen Veränderungen des Mittelhirns gefunden, die in ihrer

Digitized by Google

Art sehr an die Encephalitis epidemica erinnerten resp. sich mit ihr deckten; neben perivasculären Infiltraten ausgiebige Gliawucherungen. Verf. hat mit der zur üblichen Impfung gebrauchten Vaccine zahlreiche Tiere geimpft, und zwar corneal und subdural. Er erzielte auf diese Weise eine Keratitis ganz nach der Art der Herpeskeratitis und anschließend an die corneale wie an die cerebrale Impfung eine Encephalitis, die bei der ersten Impfart bei der Hälfte der Fälle, und zwar nach 8—10 Tagen und bei der zweiten Impfart noch häufiger und auch schneller zum Tode führte. Verf. konnte bei den Tieren regelmäßig Einschlußkörperchen nachweisen nach Art der Guarnerischen Körperchen, und zwar innerhalb der Kerne wie auch im Protoplasma. Bei Färbung nach verschiedenen Methoden ergaben sich deutliche Unterschiede zwischen den Herpeskörperchen und den Vaccinekörperchen. Betreffs ihrer Genese neigt Verf. am meisten der Auffassung zu, daß es sich um Lipoidstoffe handelt. Hinsichtlich der Frage eines direkten Zusammenhanges zwischen der Pockenimpfung und der encephalitischen Erkrankung äußert er sich sehr vorsichtig. Er wägt das Für und Wider im letzten Kapitel sehr sorgfältig ab und kommt schließlich zu dem Schluß, daß jene Kinder sich zur Zeit der Impfung in einer gewissen Krankheitsbereitschaft des Gehirns befanden, wobei er es dann aber unentschieden läßt, ob es das Virus der Encephalitis epidemica oder der Vaccine war, das die Encephalitis hervorrief. Zum Schluß berichtet Verf. noch über analoge Beobachtungen aus der Schweiz und aus Holland. Alles das veranlaßt ihn, einige neue Leitsätze für die Pockenimpfung aufzustellen: man solle zurückhaltend sein mit der Impfung von Kindern, die an Magen-Darmstörungen leiden, sodann mit der Impfung überhaupt zu einer Zeit, wo Poliomyelitis, Encephalitis epidemica und Meningitis epidemisch sind. *Pette* (Hamburg).

Holmes, Barbara Elizabeth, and Eric Gordon Holmes: Contributions to the study of brain metabolism. I. Carbohydrate metabolism. Prelim. paper. (Beiträge zum Studium des Stoffwechsels des Gehirns. I. Kohlehydratstoffwechsel, vorläufige Mitteilung.) (*Biochem. laborat., univ., Cambridge.*) Biochem. journ. Bd. **19**, Nr. 3, S. 492—499. 1925.

Verff. verglichen die Menge reduzierender Substanzen, aus dem Gehirn normaler Kaninchen mit der Menge aus dem von Tieren, die mit Insulin behandelt waren, extrahiert wurde. Als Ergebnis der Insulinbehandlung ließ sich eine Veränderung der Ausbeute an reduzierter Substanz nicht feststellen. Die reduzierende Substanz des Gehirns geht nicht in Milchsäure über, während aus zugesetztem Traubenzucker Milchsäure entsteht. Die reduzierende Substanz besteht z. T. aus Pentose, z. T. aus einem Körper, dessen Drehung nach Hydrolyse beträchtlich zunimmt. Glucose ist nur in geringer Menge oder gar nicht vorhanden. Den Verf. erscheint es sehr wahrscheinlich, daß während des Lebens Glucose aus dem Blut ins Gehirn übergeht, daß diese aber in den wenigen Minuten zwischen der Tötung des Tieres und der Verarbeitung des Gehirns praktisch vollständig umgesetzt wird. Ein Teil dieser Glucose erscheint so als Restmilchsäure. Diese ist im Gehirn der Insulintiere in bedeutend geringerer Menge vorhanden als bei den normalen Sie nimmt weder bei den Insulintieren noch bei den normalen beim Stehen auch in der Wärme bei Körper-p_H zu. *Erich Guttmann.*

Garrelon, L., D. Santenoise et A. Le Grand: Action du pancréas sur le tonus et l'excitabilité pneumogastrique. (Note prélim.) (Die Wirkung des Pankreas auf den Tonus und die Erregbarkeit des Parasympathicus. [Vorläufige Mitteilung.]) (*Laborat. des travaux prat., fac. de méd., univ., Paris.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 33, S. 1233—1235. 1925.

Das Insulin ist ein mächtiges Erregungsmittel für den Vagus. Nach Entfernung des Pankreas sinkt der Tonus und die Erregbarkeit des Parasympathicus in zunehmendem Maße; die Pulsfrequenz steigt, die Amplitude der Herzkontraktionen nimmt ab, der Atemrhythmus nimmt ab usw. Injiziert man einem pankreaslosen Tier Blut eines vagotonischen (nicht pankreaslosen), so steigt der Tonus und die Erregbarkeit des Vagus wieder. Aus diesen und einigen weiteren experimentellen Befunden schließen

Digitized by Google

die Verfasser: Das Pankreas sezerniert eine vagotonisierende Substanz. Das Pankreas ist für den Vagus das, was die Nebenniere für den Sympathicus ist.

Erich Guttmann (München).

Levine, Victor E., and J. J. Kolars: The effect of insulin on the morphological blood picture, with a note on the relation of diet to the convulsions induced by insulin. (Die Wirkung des Insulins auf das morphologische Blutbild mit einer Bemerkung über die Beziehung der Diät zu den Insulinkrämpfen.) (*Dep. of biol. chem. a. nutrit., school of med., Creighton univ., Omaha.*) Americ. journ. of physiol. Bd. **74**, Nr. 3, S. 695 bis 707. 1925.

Auf subcutane Insulininjektionen nimmt die Zahl der roten und weißen Blutkörperchen zu, so daß man auf eine Anhydrämie schließen kann. Je mehr der Blutzucker fällt, um so größer ist die Zunahme der geformten Blutelemente. Die Insulinkrämpfe sind nicht von einer Hypoglykämie, sondern von der Diät abhängig. Nach Ansicht der Verff. deuten die Krämpfe bei den Insulintieren auf einen Zustand von „inadäquater Ernährung", wie er als Ursache nervöser Instabilität bekannt ist. Die Instabilität zeigt sich besonders in Gegenwart eines so wirksamen pharmakologischen Agens, wie es das Insulin darstellt. *Erich Guttmann* (München).

Katz, David: Der Aufbau der Tastwelt. Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg., I. Abt.: Zeitschr. f. Psychol. Erg.-Bd. **11**, S. 1—270. 1925.

Die Gesichtspunkte, die der Verf. in seinen „Erscheinungsweisen der Farben usw." (Erg. Bd. 7 d. Zeitschr. f. Psychol.) gefunden hatte, werden hier auf die Phänomenologie der Tastwelt angewandt. Im Gegensatz zur „atomistischen Betrachtungsweise" der Sinnespsychologie, welche die Tastwahrnehmungen als Komplexe einiger einfacher Elemente auffassen möchte, will Katz von der ganzen reichen Fülle der Erscheinungswelt ausgehen und er beginnt daher mit den phänomenologisch gefundenen Unterschieden von Oberflächentastung, raumfüllenden Tastquale, durchtasteten Flächen, von Tastfigur und -Hintergrund; er zeigt die Übertragbarkeit der Heringschen „Gedächtnisfarben" auf die Tastwelt und erörtert die gestaltende Bedeutung der Bewegung. — Diesem phänomenologischen Abschnitt folgt ein experimenteller, in welchem der Versuch aufgenommen wird, die schwellenmäßigen Bedingungen der vorhin genannten Leistungsarten festzulegen, die Erscheinungsweisen also mit den objektiven Reizen im Sinne der Sinnesphysioloige zu vergleichen. Hier kommen also Bedingungen der Flächengröße, der Bewegungsgeschwindigkeit, das Ferntasten, der Zwischenmedien, verschiedene Körperstellen, Umstimmungen, zeitliche Verhältnisse des Erkennens, und als besonders wertvoller Beitrag der Anteil der Temperaturempfindungen zur Sprache. Bei letzteren wird die Geltung eines „thermischen Invarianzsatzes" gezeigt; nach diesem Satz erscheint die Reihe, in welche wir objektiv gleichwarme Körper nach ihrem Temperatureindruck ordnen, wie z. B. Aluminium, Glas und Schwefel (je nach ihrem verschiedenen Wärmeleitvermögen), unabhängig von der absoluten Temperatur, in der sie jedesmal dargeboten werden. Erst bei Temperaturen der Objekte, die über der Körpertemperatur liegen, kehrt sich die Reihe, wie zu erwarten, um. Allgemein wird gezeigt, daß die von Wärmekapazität und Leitvermögen abhängige „Temperaturgestalt" ein wesentliches Moment beim Tasterkennen und seinen Täuschungen ist. — Ein dritter Abschnitt sucht dann die Ansicht herauszuarbeiten, daß wir einen eigenen Vibrationssinn annehmen müssen, weil die bei den gewöhnlichen Untersuchungen mit Druckreizen feststellbaren Leistungen und Schwellen (z. B. Unterscheidungsgrenze zweier einander rasch folgender Druckreize) unzulänglich seien für die Erklärung der Wahrnehmungen verschiedener vibratorischer Vorgänge. Diese Auffassung scheinter K. übrigens vereinbar mit der von ihm geteilten Annahme, daß Druck- und Vibrationssinn an die gleichen peripheren Rezeptoren gebunden seien. Trotzdem möchte der Verf. sich in Auseinandersetzungen mit v. Frey ablehnend gegen einen nur gestaltmäßigen Unterschied der beiden Empfindungsarten verhalten. Jedenfalls wird klar, wie unklar in der Tat noch sehr vieles für die rein

Digitized by Google

physiologische Analyse hier ist. Wird man dem Verf. als Phänomenologen sicher weitgehend beipflichten, so wird man seinen Argumenten eine physiologische Beweiskraft, wie Ref. glaubt, nicht ebenso oft zuerkennen können. Auf jeden Fall ist aber hier ein sehr reiches Material von deskriptivem Wert und eine höchst anregende Fülle von Gesichtspunkten zusammengebracht worden, man darf vielleicht sagen: der Anwendungsbereich und die biologische Leistungssphäre der Tastfunktion ist noch nie auf so breiter, umsichtiger Grundlage beschrieben worden und zugleich unter dem dem Physiologen weniger geläufigen Ordnungsprinzip der Phänomenologie zusammengefaßt worden. Dies wird auch im 4. Abschnitt über Anwendungen in Sprachpsychologie, Pädagogik und Psychotechnik deutlich. — Das für die Neurologie wichtige Buch stellt an die Pathologie offenbar folgende noch unbeantwortete Frage: Läßt sich im patologischen Abbau der Tastleistungen dieser vom Verf. angenommene Aufbau der Tastwelt wiedererkennen oder welche Korrekturen müssen wir etwa daran vornehmen? *v. Weizsäcker* (Heidelberg).

Rohrschneider, Wilhelm: Die Beeinflussung der Hornhautsensibilität durch Trichloräthylen (Chlorylen). (*Augenklin. u. pharmakol. Inst., Univ. Berlin.*) Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. 58, H. 1/2, S. 12—16. 1925.

Mit der vom Verf. angegebenen Untersuchungsmethode konnte weder bei Menschen, die Chlorylen in therapeutischer Dosis bis zu 26 Tage lang erhielten, noch bei Kaninchen, die bis zu 13 mal in mehrtägigen Zwischenräumen mit Chlorylen narkotisiert wurden, eine Herabsetzung der Hornhautsensibilität nachgewiesen werden. Ebensowenig vermochten Äthylenchlorid und Äthylendichlorid die Empfindlichkeit der Hornhaut im Tierversuch zu beeinflussen. Eine Einwirkung des Chlorylens auf den normalen Trigeminus muß also nach den vorliegenden Ergebnissen experimenteller Untersuchungen bestritten werden. *Germanus Flatau* (Dresden).

Freystadtl, Béla, und Gustav Morelli: Sensibilitätsprüfungen an der Zunge. Beitrag zur Physiologie der sensiblen Nerven. (*Stomatol. Klin., Univ. Budapest.*) Beitr. z. Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie d. Ohres, d. Nase u. d. Halses Bd. 22, H. 5/6, S. 344—371. 1925.

Nach Leitungsanästhesie des N. lingualis werden Sensibilitätsprüfungen an der Zunge angestellt. Dabei ergibt sich, daß der Funktionsausfall lediglich die gleichseitige Zungenhälfte betrifft, so daß die Gegenseite zu den entsprechenden Kontrollversuchen benutzt werden kann. Der Verlauf der Anästhesie und das Wiederauftreten der Empfindungen weist eine charakteristische Reihe für die verschiedenen Sinnesmodalitäten auf. Zuerst verschwindet die Geschmacks- und Kälteempfindlichkeit, dann folgt die Aufhebung des Schmerzsinnes, während Berührungsempfindung und Ortssinn auch am völlig anästhetischen Organ keine sichere Herabsetzung der Funktion erkennen lassen. Im einzelnen ergaben die Versuche folgendes: 1. Geschmackssinn. Der N. lingualis enthält Geschmacksfasern für alle 4 Qualitäten. Im allgemeinen verschwindet zuerst die bittere und zuletzt die saure Geschmacksempfindung. Dies tritt schon 3 bis 6 Min. nach der Anästhesie ein, während die in umgekehrter Reihenfolge stattfindende Restitution sich über Stunden hinzieht. Ist die Kälteempfindung geschwunden, so löst jeder Temperaturreiz eine Wärmeempfindung aus. Je mehr der Reiz von der Indifferenztemperatur entfernt ist, um so stärker ist die Wärmeempfindung. Durch Eis wird eine Warmempfindung ausgelöst, die an der normalen Seite einem Warmreiz von 55—60° entspricht. Die positive Wärmeempfindung ist durch den Funktionsausfall der Nervenfasern des Kältesinnes bedingt, da für einen Reizzustand der Wärme leitenden Nerven kein Anhaltspunkt vorhanden ist. Es wird darauf hingewiesen, daß die dissoziierte Empfindungslähmung auch durch periphere Affektionen entstehen kann. Es ist denkbar, daß sie bei gleicher Herabsetzung der Erregungsleitung in allen sensiblen Nervenfasern dadurch zustande kommt, daß die verschiedenen corticalen Sinnessphären auf die verminderten Erregungen in ungleicher Weise ansprechen. *E. Gellhorn* (Halle a. d. S.).

Digitized by Google

● **Herter, Konrad: Tastsinn, Strömungssinn und Temperatursinn der Tiere und die diesen Sinnen zugeordneten Reaktionen.** Zool. Bausteine Bd. 1, H. 1, S. 1—182. 1925. G.-M. 12.—.

Die interessante Abhandlung gibt in der einleitenden Betrachtung eine allgemeine Übersicht über die verschiedenen Bewegungsreaktionen der Tiere auf äußere Reize. Es wird hierbei scharf zwischen den Taxieen bei Tieren mit freier Ortsbewegung und den Tropismen unterschieden, als die man die durch Wachstumsvorgänge erfolgenden Bewegungsreaktionen bei feststehenden Tieren bezeichnet. Jedem Abschnitt, in dem die im Titel genannten Sinne ausführlich behandelt werden, ist ein morphologisches Kapitel vorausgeschickt, aus dem auch der Nichtzoologe an der Hand zahlreicher schematischer Zeichnungen einen guten Einblick in den großen Formenreichtum im Aufbau der niederen Sinnesorgane im Tierreich erhält. In den physiologischen Kapiteln werden die verschiedenen Bewegungsreaktionen und ihre Bedeutung (z. B. für den Geschlechtsakt) geschildert und dabei auch die Methodik soweit berücksichtigt, daß auch der Fernerstehende eine gute Übersicht über das ganze Gebiet erhält. Für den Physiologen sind in der Abhandlung vielfache Anregungen für Unterricht und Forschung enthalten, da das behandelte Gebiet nicht nur einen wichtigen Teil der allgemeinen (Zellular)-Physiologie enthält, sondern auch durch die vergleichende Betrachtung das Verständnis der entsprechenden Sinnesvorgänge des Menschen fördert.

E. Gellhorn (Halle a. S.).

Goldscheider, A.: Beiträge zur Physiologie der Gemeingefühle. I. Physiologie des Schmerzes. Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg., Abt. 2: Zeitschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 57, H. 1/2, S. 1—14. 1925.

Zusammenfassende, kritische Darstellung der bekannten Anschauungen Goldscheiders, in denen er das Vorhandensein spezifischer Schmerznerven im Sinne v. Freys (vgl. dies. Zentrlbl. 31, 477) ablehnt. *E. Gellhorn* (Halle a. S.).

Goldscheider, A.: Beiträge zur Physiologie der Gemeingefühle. II. Physiologie der Kitzel- und Juckempfindung. Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg., Abt. 2: Zeitschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 57, H. 1/2, S. 15—25. 1925.

Bei sehr schwacher Reizung der Druckpunkte sowie der zwischen ihnen liegenden Hautflächen tritt die Kitzelempfindung auf. Sie wird besonders leicht bei Berührung der Insertionen des Haares erhalten, wenn man vorher durch Streichen der Haut eine Gänsehaut hervorgerufen hat. So wie der Kitzel in engster Beziehung zur Berührungsempfindung steht, gilt das gleiche für das Jucken im Verhältnis zur Schmerzempfindung. Jucken und Schmerz sind als Summationserscheinungen aufzufassen. Es wird angenommen, daß der Kitzelempfindung oszillierende Erregungen von besonders hoher Frequenz zugrunde liegen. Mit Zunahme der Frequenz entsteht aus dem Schwirren eine kontinuierliche Empfindung, und zwar zuerst Druck, dann Berührungs- und zuletzt Kitzelempfindung. *E. Gellhorn* (Halle a. S.).

Goldscheider, A.: Beiträge zur Physiologie der Gemeingefühle. III. Über Gemeingefühle. Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg., Abt 2: Zeitschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 57, H. 1/2, S. 26—34. 1925.

Die höheren Empfindungen stehen fast ausschließlich im Dienste der Erkennung der Außenwelt. Die Empfindungen der Haut und die Tiefensensibilität werden z. T. objektiviert, z. T. aber auch auf den eigenen Körper bezogen. Die Gemeingefühle werden nicht objektiviert. Sie sind in besonders starkem Maße von Lust- oder Unlustgefühlen begleitet; doch bestehen in dieser Beziehung nur quantitative Unterschiede zu den höheren Empfindungen. Die Erregung von Gemeingefühlen führt besonders leicht zu reflektorischen Entladungen, weiterhin sind sie durch die Tendenz zur Irradiation ausgezeichnet. Beides weist darauf hin, daß für die Leitung von Erregungen, die zu Gemeingefühlen führen, die graue Substanz von besonderer Bedeutung ist.

E. Gellhorn (Halle a. S.).

Digitized by Google

Goldscheider, A.: Beiträge zur Physiologie der Gemeingefühle. IV. Über die Beziehungen der grauen Substanz zu den Gemeingefühlen. Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg., Abt. 2: Zeitschr. f. Sinnesphysiol. Bd. **57**, H. 1/2, S. 35—45. 1925.

Die sensiblen Erregungen, die dem Rückenmark zugeleitet werden, erfahren in der grauen Substanz nicht allein eine Umschaltung, sondern auch eine Umformung, die durch die Summation und Irradiation der Erregungen bedingt ist. Die so entstandenen Empfindungen sind durch besonders lebhafte Gefühlstöne ausgezeichnet (z. B. Juck- und Schmerzempfindung gegenüber der Druckempfindung). Die Umformung der primären Empfindung ist von Reizstärke und Dauer abhängig. Die umgeformten Empfindungen werden als mittelbare Empfindungen bezeichnet und ihnen auch diejenigen zugerechnet, die den Reflexbewegungen (Niesen, Erbrechen usw.) ihre Entstehung verdanken. Es wird die Hypothese aufgestellt, daß das Hinzutreten von Lust- und Unlustgefühlen zu den Sinnesempfindungen an die Zwischenschaltung der grauen Substanz in die Leitungsbahn gebunden ist. *E. Gellhorn* (Halle a. S.).

Keller, Rud., und Jos. Gicklhorn: Die „Querkomponente" der Erregungsleitung im Nerven. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. **32**, H. 1/2, S. 64—79. 1925.

Dem Verf. ist es gelungen, an Daphnia magna sämtliche bekannten Organe und physiologisch oder chemisch spezialisierten Zellgruppen elektiv vital zu färben. Mit geeigneten, physicochemisch definierten Farblösungen gelingt sogar die Separatfärbung distinkter Nervenbezirke und Zentren. Aus der Verteilung und Veränderung der Farbstoffe lassen sich Schlüsse auf elektrische Potentiale ziehen. Als das Ergebnis von dem Gesamteindruck ihrer zahlreichen (über 10 000) Nervenfärbungen geben die Verff. an: Ein Ruhestrom des Nerven in seiner Längsrichtung muß existieren, ist aber unvergleichlich geringer als die starke Spannung, die den Nerven senkrecht zu seiner Längsrichtung durchsetzt („Querkomponente"). Diese Querkomponente bringt beständig bestimmt geladene Partikeln an den Nerven heran, oxydiert und reduziert sie (d. h. bei Farbstoffen färbt und entfärbt). Aus diesen Bildern wird geschlossen, daß der Nerv nicht direkt in seiner Längsrichtung leitet, sondern daß die Erregung sich explosionsartig fortsetzt (wie eine Zündschnur abbrennt). Zu ähnlichen Anschauungen kam schon früher Bethe, neuerdings Kato. Auch eine Arbeit von Winterstein und Hirschberg (vgl. dies. Zentrlbl. **41**, 468) fügt sich den Gedankengängen der Verff. ein.

Erich Guttmann (München).

Pereira, Jayme R.: Siège périphérique de l'inhibition démontré au moyen d'excitations avec des courants induits à haute fréquence. (Peripherer Sitz der Hemmung, gezeigt durch Reizungen mit hochfrequenten Induktionsströmen.) (*Laborat. de physiol., école de méd., Harvard univ., Boston.*) Journ. de physiol. et de pathol. gén. Bd. **23**, Nr. 3, S. 549—554. 1925.

Reizung des Ischiadicus mit hochfrequenten Induktionsströmen ergibt eine Anfangszuckung des Muskels mit nachfolgender Erschlaffung (Wedenski), währenddessen ist der Muskel auf direkte Reizung stärker erregbar als normal. Ist die hemmende die direkte Muskelreizung, so kann der Muskel währenddem vom Nerven aus nicht zur Kontraktion gebracht werden. Ähnliche hemmende Erfolge nach anfänglicher Wirkung läßt der Blutdruck erkennen bei frequenter Reizung des zentralen Ischiadicus- oder Vagusstumpfes. *Wachholder* (Breslau).

Prâwdicz-Neminski, W. W.: Zur Kenntnis der elektrischen und der Innervationsvorgänge in den funktionellen Elementen und Geweben des tierischen Organismus. I. Mitt. Das Elektromyogramm der willkürlichen Kontraktion des Menschen. (*Mikrobiol. Inst., ukrain. Akad. d. Wiss., Kiew.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **210**, H. 1/3, S. 223—237. 1925.

Die Wellen des Elektromyogramms lassen sich einteilen in Wellen 1. (W_1), 2. (W_2), 3. (W_3) Ordnung. Wellen 1. Ordnung sind solche mit einer Frequenz bis zu 80 pro Sek. Zum Nachweis dieser Wellen ist starke Spannung der Saite zu vermeiden. Als Wellen 2. Ordnung werden Wellen mit der Frequenz 150—200 pro Sek. bezeichnet. Wellen

Digitized by Google

3. Ordnung sind Gruppenschwingungen. Es muß mit einer konsekutiven nichtsynchronischen Entstehung der Impulse im Zentralnervensystem gerechnet werden. Je synchronischer aber der Innervationsprozeß abläuft, um so geringer müßte bei Gesamtberechnung aller Oscillationen die Anzahl der Zacken in der Kurve sein. Geht aber der Innervationsvorgang alternativ vor sich, so wird das Elektromyogramm als eine Resultante ungleichzeitig ablaufender Vorgänge aufzufassen sein. Man würde dann nicht mehr eine „Gesamtberechnung" vornehmen dürfen, sondern den Hauptrhythmus der einzelnen funktionellen Einheiten aufzuzeigen suchen. Die Arbeit ist reich an Hinweisen auf die ältere und neuere Literatur über diesen Gegenstand und teilt eine Reihe interessanter Beobachtungen mit, die geeignet sind, die Alternativtheorie zu fundieren. Die Eigenschaft der Doppelphasigkeit der Aktionsstromschwankung wird ebenfalls durch ungleichzeitige Erregung der funktionellen Elemente erklärt.

Stein (Heidelberg).

Mislawsky, N. A., und G. A. Schtscherbakoff: Zur Frage der Leitungsgeschwindigkeit im sympathischen Nervensystem. (*Physiol. Laborat., Univ. Kasan.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **210**, H. 4/5, S. 618—619. 1925.

Zur Bestimmung der Latenzperiode für den Halssympathicus wurde als Objekt die Membrana nictitans benutzt und die Zuckungen nach der Methode von Lewandowski registriert. Zur Reizung wurden 3 sehr leichte Elektroden verwandt, von denen 2 vor und eine hinter dem Ganglion angebracht wurden. Hierbei ergab sich für die Strecke sympathischer Nerv bis hinter das Ganglion eine Leitungsgeschwindigkeit von 30,0 cm pro Sek., für die präganglionäre Strecke 37,08 und für die Strecke, die das Ganglion in sich schließt, 23,02 in der Sekunde. Die Verminderung der Leitungsgeschwindigkeit auf der letztgenannten Strecke muß dem Ganglion zugeschrieben werden.

R. Greving (Erlangen).

Veach, Harry O., and Jayme R. Pereira: Studies on the innervation of smooth muscle. II. On the frequency of nerve impulses entering and leaving the superior cervical ganglion. (Studien über die Innervation des glatten Muskels. II. Über die Frequenz der nervösen Impulse vor und nach dem Passieren des Ganglion cervic. superior.) (*Physiol. laborat., Cambridge.*) Journ. of physiol. Bd. **60**, Nr. 4, S. 329—341. 1925.

Nach sorgfältiger Präparation des Halssympathicus und des Ganglion cerv. sup. werden die prä- und die postganglionären Fasern mit wechselnden Frequenzen gereizt; der Erfolg der elektrischen Reizung wird mittels eines Mechanogramms der Nickhaut registriert. Der durchschnittliche Schwellenwert der elektrischen Erregbarkeit liegt bei den postganglionären Fasern tiefer. Bei Steigerung der Reizfrequenz von 2,95 pro Sek. bis zu einer optimalen Reizfrequenz von etwa 142 pro Sek. steigt die Kontraktionshöhe, gleichzeitig wird die Latenzperiode vermindert und die Kontraktionsdauer verlängert. Dieser Effekt tritt bei Reizung der prä- wie der postganglionären Fasern in gleicher Weise auf. Verf. schließt daraus, daß beim Passieren des Gangl. sich die Freqenz der nervösen Impulse nicht ändert. Bei Steigerung der Reizfrequenz über das Optimum hinaus findet wieder eine Verminderung der Kontraktionshöhe statt, durch Verstärkung der elektrischen Induktionsstöße ist es aber möglich, die Erniedrigung der Kontraktionshöhe wieder auszugleichen. Es handelt sich demnach bei dieser Hemmungserscheinung nur um eine Verschiebung des Schwellenwertes der Nervenfasern. Die Verlängerung der Kontraktionsdauer nach Aufhören der Reizung bei hohen Reizfrequenzen wird auf rein muskuläre Ursachen zurückgeführt. (I. vgl. dies. Zentrlbl. **41**, 466.) *Simonson.*°°

Speranskaja-Stepanowa, E. N.: Über die Kreuzung der die Hautdrüsen und die Blutgefäße der hinteren Extremitäten versorgenden sympathischen Grenzstrangfasern beim Frosch. (*Physiol. Laborat., med. Inst., Leningrad.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **210**, H. 6, S. 627—632. 1925.

E. N. Speranskaja-Stepanowa durchschnitt am Frosch den Truncus sympathicus auf der Höhe des 4. Ganglions auf einer Seite und präparierte den Strang bis zum 7. Ganglion von der Aorta ab. Es wurden ferner sämtliche Rami communicantes einer Seite einschließlich die zu dem 7. Nerven abgehenden Fasern und ebenso die zu den Eingeweiden ziehenden sympathischen Äste durchschnitten. Die Reizung des abpräparierten Grenzstranges mittels des Induktionsstromes bewirkte eine Gefäßverengerung der Arterien und Capillaren nicht nur in der Schwimmhaut der entsprechenden, sondern auch der gegenüberliegenden Extremität. Doch war die Verengerung auf der kontralateralen Seite immer schwächer als auf der homolateralen. Die gleichartige Reaktion erhielt man bei chemischer Reizung mit Nicotin, nur war

Digitized by Google

der Ausschlag bei dem Nicotinversuch stärker als bei der elektrischen Reizung. Aus diesen erhaltenen Reaktionen zieht die Autorin den Schluß, daß die Schwimmhautgefäße jeder Extremität sowohl aus dem rechten wie aus dem linken Grenzstrang mit sympathischen Fasern versorgt werden. Die Kreuzungsstelle der sympathischen Fasern für die hintere Extremität befindet sich bei dem Frosch auf der Höhe des 8. bis 9. Ganglions. Nach ihrem Austritt aus dem Grenzstrang ziehen die Nervenfasern über die Aorta hinüber und treten mit den Rami communicantes des 8. bis 9. Nerven in den Plexus ischiadicus der gegenüberliegenden Seite hinein. Eine solche Kreuzung wurde in ca. 80% der Fälle beobachtet, in den übrigen Versuchen gelang es bei keiner Reizstärke, eine Gefäßverengerung zu erzielen. Ob sich prä- oder postganglionäre oder beide Arten von Grenzstrangfasern bei der Kreuzung beteiligen, ist noch nicht genügend aufgeklärt. *Jacobsohn-Lask* (Berlin-Lichterfelde).

Sümegi, Stefan, und Stefan Liebmann: Untersuchungen über den Zustand des vegetativen Nervensystems während der Schwangerschaft. (*I. med. Klin. u. II. Frauenklin., Univ. Budapest.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **48**, H. 1/2, S. 154—165. 1925.

Gegenüber der bisherigen Annahme, daß in der Schwangerschaft Vagotonie vorherrsche, fanden Sümegi und Liebmann mit der intravenösen Adrenalinmethode nach Csepai, daß die wirkliche Adrenalinempfindlichkeit bei 100 Schwangeren in 57% der Fälle die oberste Grenze des Normalen erreichte resp. überschritt. Nur 2% zeigten die untere Grenze der normalen Blutdrucksteigerung. Danach wirkt sich die Tonusänderung des vegetativen Nervensystems im Sinne einer Sympathikohypertonie aus. Ferner ist das Auftreten von sog. zweispitzigen Adrenalinblutdruckkurven zu beobachten. Unter Berücksichtigung auch dieser Kurven wurde in 71% der Schwangeren eine Störung im vegetativen Nervensystem festgestellt. Im Puerperium steigert sich die Schwangerschaftssympathikohypertonie in 55% der Fälle, jedoch verschwindet die Mehrzahl der zweispitzigen Blutdruckkurven. *R. Greving* (Erlangen).

Houssay, B.-A., et E.-A. Molinelli: Centre adrénalino-sécréteur hypothalamique. (*Inst. de physiol., fac. de méd., Buenos-Aires.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 36, S. 1454—1455. 1925.

Die Autoren führten elektrische Reizungen der Hirnrinde, der inneren Kapsel und der Regis hypothalamica aus, um deren Einfluß auf die Adrenalinsekretion zu studieren. Nach der von Tournade und Chabrol angegebenen Methode verbanden sie die Suprarenalvene eines Hundes mit der Jugularis eines zweiten. Ströme, die von anderen Regionen aus keinen Einfluß hatten, riefen, wenn sie auf dem Hirnquerschnitt in der Hypothalamusgegend einwirkten, beim transfundierten Hund Blutdrucksteigerung hervor, worin eben der Beweis liegt, daß nun ein vermehrter Adrenalinzufluß aus der Suprarenalvene des gereizten Hundes in die Jugularis des zweiten stattfand. Ein zweiter Hirnquerschnitt — weiter spinal — hob die Reizwirkung vom ersten Querschnitt aus auf. Reizung des Bodens des vierten Ventrikels rief stärkere Adrenalinsekretion hervor als Hypothalamusreizung (0,08 mg gegen 0,015 mg). *Karplus* (Wien).

Grünstein, A. M.: Über Hungerempfindung. (*Nervenklin., med. Inst., Charkow.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 1/2, S. 129—138. 1925.

Grünstein geht davon aus, daß das Tuber cinereum, da es die Urinausscheidung und die Wasseraufnahme reguliere, möglicherweise auch mit der Hungerempfindung zusammenhänge. Als Beleg führt er 2 Fälle an; beim 1. handelt es sich um eine Basisfraktur mit Beeinträchtigung der Nn. I—VI, bei dem $^1/_2$ Jahr lang starker Durst und völliges Daniederliegen des Hungergefühls mit Nahrungsverweigerung folgte. Der 2. Fall, eine Encephalitis epidemica, zeigte 2 Monate nach der akuten Phase leichten Parkinsonismus mit gesteigertem Durstgefühl und eigenartiger Störung des Hungergefühls, so daß tagsüber nichts genommen wurde, während am Abend in kurzen Zwischenräumen 3 ausgiebige Mahlzeiten behalten wurden. G. verweist bezüglich dieser Rhythmusstörung auch auf die Schlafumkehr bei Encephalitis. *Leyser* (Gießen).

Spiegel, E. A., und W. J. Bernis: Beiträge zum Studium des vegetativen Nervensystems. IX. Mitt. Die Rückenmarksbahn der Visceralsensibilität. (*Neurol. Inst., Univ. Wien.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **210**, H. 1/3, S. 209—214. 1925.

Im Anschluß an voraufgegangene Arbeiten wird hier die Frage aufgeworfen,

Digitized by Google

an welche Rückenmarksbahnen das Bestehenbleiben von Schmerzäußerungen und Atmungsbewegungsänderung bei Reizung des Splanchnicus bzw. bei Auftreten von Eingeweidekrämpfen gebunden ist. Die Hinterstrangbahn scheint hierfür ohne Belang zu sein. Die Gegenüberstellung der Atmungskurven vor und nach Durchtrennung der Hinterstränge ergibt keinen Unterschied. Ebenso wird durch Läsion der Kleinhirnseitenstrangbahn diese Reaktion nicht verändert. Bei einseitiger Durchtrennung entweder der der Splanchnicusreizung homolateralen oder der entgegengesetzten Seite tritt höchstens eine Abschwächung der Atmungsreaktion ein. Hingegen fällt diese vollkommen aus, wenn die Vorderseitenstrangbahnen beiderseits zerstört wurden. Bei Mittelhirndurchtrennung bleibt die Atmungsreaktion bestehen. Daraus wird der Schluß gezogen, daß die Bahnen der Visceralsensibilität „mit dem rombencephalen Atemapparat in mehr oder minder direkter Verbindung stehen". Den vorliegenden Untersuchungen zufolge ist jedenfalls der Vorderseitenstrang die zentripetale Bahn der Visceralsensibilität. (VIII. vgl. dies. Zentrlbl. **42**, 489.) *Stein* (Heidelberg).

Planelles, J.: Die pharmakologischen Reaktionen der Endigungen der vegetativen Nerven des Herzens. Antagonismen und Synergismen. Arch. de cardiol. y hematol. Bd. **5**, Nr. 3, S. 73—88. 1924. (Spanisch.)

Sammelreferat über die Wirkungen von Adrenalin, Acetylcholin, Atropin, Ergotamin und Calcium. Am Schlusse wird darauf hingewiesen, daß die Spezifität pharmakologischer Wirkungen von normalen Bedingungen abhängig ist. Die Endigungen des vegetativen Nervensystems reagieren abnorm, wenn ihre Erregbarkeit gesteigert oder die Erregbarkeit der Antagonisten herabgesetzt ist. Die Verminderung der Erregbarkeit des einen Systems geht mit einer Steigerung im antagonistischen System einher. Außerdem scheint zwischen den vegetativen Nervenendigungen ein ähnlicher Synergismus zu bestehen wie zwischen den Zentren der Medulla, die antagonistische Muskeln versorgen. Die Aufrechterhaltung des Gleichgewichtes zwischen den Ionenkonzentrationen im Blut und Gewebe ist ausschlaggebend für die normale Funktion des vegetativen Nervensystems. Zur Erläuterung werden einige Versuche am isolierten Froschherz beigefügt, um Synergismus, Antagonismus und paradoxe Reaktionen zu zeigen. *Flury* (Würzburg).

Tournade, A.: Des réactions neuro-vasculaires dans la régulation de la pression artérielle. (Über die neuro-vasculären Reaktionen bei der Regulierung des Blutdrucks.) (*Laborat. de physiol., fac. de méd., Alger.*) Ann. de physiol. et de physicochim. biol. Bd. **1**, Nr. 3, S. 281—297. 1925.

Die künstlich bei Hunden erzeugten Veränderungen des Blutdrucks haben nach den Ergebnissen des Verf. antagonistische vasomotorische Reaktionen durch Erregung des vasomotorischen Zentrums im Gehirn im Gefolge; und zwar ruft die Blutdrucksteigerung eine Vasodilatation, die Blutdrucksenkung eine Vasokonstriktion hervor. Diese Veränderungen der Gefäßweite, die in automatischer Regelung vom Zentralnervensystem aus erfolgen, bilden Schutzreflexe, welche dazu dienen, den Blutdruck, wenn er sich senkt, wieder zu steigern und, wenn er zu stark wird, zu vermindern. Zu einer korrigierenden Blutdruckwirkung kommt es bei einer künstlichen Steigerung des Blutdrucks auch dann, wenn vorher beide Vagi durchschnitten sind. Hier kann dann die Blutdrucksenkung nur durch vasomotorische Einflüsse (Vasodilatation) erfolgt sein, da die Beeinflussung des Herzens ausgeschaltet ist. Entgegen den Ergebnissen von Foa, welcher das Vorhandensein eines solchen kompensatorischen vasomotorischen Mechanismus leugnet und behauptet, daß sowohl Steigerung wie Verminderung des Blutdrucks nach Durchschneidung der Vagi ausschließlich vasoconstrictorische Wirkungen des bulbären Zentrums hervorruft, konnte Verf. durch seine Versuche feststellen, daß bei durchschnittenen Vagi die Senkung des Blutdrucks eine Vasokonstriktion und umgekehrt die Steigerung eine Vasodilatation erregte. Die Versuche Verf.s bestanden besonders darin, daß er die Niere des Versuchshundes (A) durchbluten ließ von einem anderen Hunde (B) aus, dessen Carotis und Jugularis externa mit den Nierengefäßen des Hundes A in Verbindung gebracht waren. Die Nerven der Niere, deren Blutfüllung, indem sie in einen Onkographen eingeschlossen war, aufgezeichnet wurde, waren dabei vollständig erhalten, so daß die Veränderungen der Blutfüllung der Niere

Digitized by Google

nur von der Einwirkung der vasomotorischen Zentren des Tieres (A) abhängig sein konnten, während die Änderung der Zirkulation des Tieres A keinen Einfluß auf die Niere ausüben konnte. *O. Kalischer* (Berlin).

Schilf, E.: Beitrag zur Frage der afferenten Innervation von Magen und Darm. (*Physiol. Inst., Univ. Berlin.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 208, H. 3/4, S. 535 bis 543. 1925.

Der Autor zeigt in Froschversuchen, daß nach Bepinselung des Plexus coeliacus mit 1 proz. Nicotinlösung der durch Bariumchlorid erzeugte Magendarmkolikschmerz nicht verhindert wird. Hieraus wird geschlossen, daß die afferenten Fasern im Plexus coeliacus nicht durch ein sympathisches Ganglion unterbrochen werden und daß überhaupt kein Grund vorliegt, die die Eingeweide innervierenden afferenten Nervenfasern für sympathische zu halten. Der Nervus splanchnicus ist wie fast alle Nerven ein gemischter Nerv; er führt efferente Fasern, die sympathischen Ursprungs sind, und afferente Nerven, die aus dem cerebrospinalen Nervensystem stammen. *Schilf.*

Bickel, Adolf: Der nervöse Mechanismus der Sekretion der Magendrüsen und der Muskelbewegung am Magendarmkanal. (*Pathol. Inst., Univ. Berlin.*) Ergebn. d. Physiol. Bd. 24, S. 228—280. 1925.

In der vorliegenden Arbeit wird auf Grund fremder Beobachtungen wie besonders eigener ausgedehnter Untersuchungen ein umfassendes Bild unserer Kenntnisse über die Innervationsverhältnisse des Magendarmkanals entworfen. Die Ausführungen sind in zwei Teile gegliedert: 1. Der nervöse Sekretionsmechanismus des Magens, 2. der nervöse Bewegungsmechanismus des Magendarmkanals. Aus dem reichen Inhalt der Arbeit können nur einige Ergebnisse wiedergegeben werden. Der Parasympathicus reguliert besonders die Wasserabscheidung und Salzsäureproduktion, sowie die Fermentproduktion im Sinne einer akzessorischen Erregungsquelle; der Sympathicus hingegen regelt vorwiegend die Fermentproduktion und bildet für Wasserabscheidung und Salzsäurebildung die akzessorische Erregungsquelle. Haupt- und Belegzellen werden auf parasympathischen und sympathischen Bahnen erregt und durch sympathische Fasern gehemmt. Die Hauptzellen in der Pars pylorica besitzen nur sympathische, erregende und hemmende Fasern. Alle die Sekretion anregenden und hemmenden Fasern des Magens gehören dem extramuralen Nervensystem an; intramurale Ganglienzellen ließen sich nicht nachweisen; alle beobachteten Erscheinungen können auch ohne die Annahme intramuraler Nervenzellen erklärt werden. Der Besprechung des nervösen Bewegungsmechanismus des Magendarmkanals wird eine Erörterung der Innervation des quergestreiften Muskels vorausgeschickt. Bickel kommt zu dem Schluß, daß dem quergestreiften Muskel drei fördernde Erregungsquellen, Brondgeestscher Tonus, parasympathischer und sympathischer Tonus und eine Quelle der Hemmung, negativ sympathischer Tonus, zur Verfügung stehen. Hinsichtlich der Mageninnervation wirkt das parasympathische System tonussteigernd oder bewegungsauslösend, das sympathische System aber besteht aus zwei Teilen, von denen der eine tonuspositive, der andere tonusnegative und bewegungshemmende Wirkungen auslöst. Schließlich folgert B.: „Jede Muskelzelle, ob quergestreift oder glatt, muß also ihre vierfache Innervation besitzen. Daß bei der Tonusinnervation ein doppelter Antagonismus obwaltet, ist offensichtlich. Die parasympathische Tonusfaser wirkt gleichsinnig mit der tonuspositiven sympathischen; zu diesen beiden aber ist der Antagonist der tonusnegative sympathische Nerv." *R. Greving* (Erlangen).

Lampert, F.: Klinik der Veränderungen des Neurotonus des Verdauungsrohres. Novaja chirurgija Jg. 1925, Nr. 1, S. 15—28. 1925. (Russisch.)

In einer Reihe von spastischen Zuständen des Darmkanals, die zur Obstruktion oder Schmerzen führten, wird die Gefahr bestehen, einen Ileus oder Volvulus zu diagnostizieren. In solchen Fällen hat die pharmakologische Diagnose eine große Bedeutung. Das Atropin vermindert die Schmerzen und liquidiert den Spasmus. In Fällen von Verwachsungen lindert es die Schmerzen infolge Verminderung der Peristaltik. Das

Digitized by Google

Pilocarpin im Gegenteil ruft Schmerzen hervor in Fällen von intestinalen Verwachsungen infolge der Verstärkung der Peristaltik. Rückenmarksanästhesie mit Cocain führt zur Ausschaltung des Splanchnicus und zur Beseitigung von dynamischen Obstinationen. Einige Beispiele erläutern diese Schlüsse. *M. Kroll* (Minsk).

Cole, Elbert C.: The endurance of pressure by nerve cells and by interstitial cells. (Die Widerstandsfähigkeit von Nervenzellen und Interstitialzellen gegen Druck.) (*Zoöl. laborat., Harvard univ., Cambridge* [*U. S. A.*].) Americ. journ. of physiol. Bd. **73**, Nr. 3, S. 547—550. 1925.

Die Natur der sog. „Interstitialzellen" (Cajal) in der Darmwandung war bisher noch nicht ganz geklärt. Während sie Cajal als Neuronen beschrieb, und auch Erik Müller sich dieser Auffassung anschloß, hielt sie Dogiel für Bindegewebszellen. Um diese Streitfrage zu entscheiden, preßte Cole den Froschdarm zwischen Glasstückchen. Das Tier wurde dann 6 Stunden in Ringer-Lösung gelegt, die Glasstückchen entfernt, der Darm ausgeschnitten und 1 Stunde in Vitalmethylenblau-Lösung in physiologischer Kochsalzlösung (1: 4000) gelegt, dann Längsschnitte gemacht, die zwischen Objektträgern bei schwacher Vergrößerung weiter untersucht wurden. Dabei zeigte sich, daß die eigentlichen Neuronen zugrunde gegangen waren, so weit der Bereich der Quetschung sich erstreckte, daß aber die Interstitialzellen erhalten blieben. Daraus und aus der ganz verschiedenen Struktur geht hervor, daß die Interstitialzellen keine Neuronen, sondern wahrscheinlich Bindegewebselemente sind. *Wallenberg.*

Peserico, E.: Meccanismo umorale e meccanismo nervoso della secrezione pancreatica. (Humoraler Mechanismus und nervöser Mechanismus der Pankreassekretion.) (*Istit. di fisiol., univ., Padova.*) Arch. di fisiol. Bd. **22**, H. 6, S. 473—478. 1925.

Das herausgenommene vom Duodenum isolierte Pankreas sezerniert weder bei Durchblutung mit Ringer-Lösung noch bei Durchblutung mit einer Mischung von Ringer-Lösung mit defibriniertem Blut. Bei Zusatz von Pilocarpin. hydrochlor. (2 mg auf 350—450 ccm Durchblutungsflüssigkeit = Ringer + defibriniertes Blut) tritt dagegen Sekretion ein, desgleichen bei Zusatz von Acetylcholinchlorhydrat (2 mg in 650 ccm Ringer-Blutmischung bzw. 4 mg in 750 ccm). Da beide Stoffe spezifische Erreger des parasympathischen Systems sind, werden diese Versuche als Beweise für eine nervöse Erregbarkeit der Pankreastätigkeit aufgefaßt. Wird das Pankreas — gleichgültig ob mit dem Duodenum noch zusammenhängend oder davon getrennt — zuerst mit einer Ringer-Lösung, die Atropin. sulfur. enthält (2—4 mg auf 200—300 ccm) durchblutet und dann mit einer pilocarpinhaltigen Blut-Ringer-Lösung, so tritt keine Sekretion ein, wohl aber, wenn danach mit einer Blut-Ringer-Lösung durchblutet wird, der eine Sekretinlösung zugesetzt war. Es besteht also ein doppelter Sekretionsmechanismus, ein nervöser und ein humoraler, die voneinander unabhängig in Tätigkeit treten können. *Fr. N. Schulz* (Jena).

Hryntschak, Th.: Beiträge zur Physiologie des Ureters. I. Zur Harnleiterautomatie. (*Neurol. Inst., Univ. Wien.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **209**, H. 4, S. 542 bis 561. 1925.

Zweck der Untersuchung war, die in der Literatur vorhandenen Widersprüche, Peristaltik und Automatie der Ureteren betreffend, aufzuklären und zu einer einwandsfreien Entscheidung über diese Fragen zu kommen. Ausgeführt wurden die Versuche an Schweineureteren. Die eingehend beschriebene Technik gestattete nicht nur, Ringmuskel- und Längsmuskelkontraktionen getrennt zur Anschauung zu bringen, sondern auch peristaltische und antiperistaltische Bewegungen zu unterscheiden. Die Versuche ergaben, daß isolierte in zweckmäßig modifizierter Ringer-Lösung befindliche Schweineureteren die Fähigkeit besitzen, automatische Kontraktionswellen zu erzeugen, die über die ganze Harnleiterlänge verlaufen. Daß es sich um wahre Peristaltik handelt, wurde daraus geschlossen, daß rhythmische über die ganze Harnleiterlänge verlaufende Kontraktionen auftreten, daß beide Muskelschichten des Harnleiters an diesen periodischen Kontraktionswellen beteiligt sind und daß eine in das Harnleiter-

Digitized by Google

lumen gebrachte Flüssigkeitsmenge durch die Kontraktionswelle in der Richtung zum andern Harnleiterende transportiert werden kann. Wurde von einem normoperistaltisch arbeitenden Harnleiter ein nierenwärts gelegenes Stück von genügender Länge abgeschnitten, so geht die Normoperistaltik in scheinbar gesetzmäßiger Weise in Antiperistaltik über. Wurde nur ein kleines Stück abgeschnitten, so begannen die Wellen zunächst abwechselnd am zentralen und peripheren Ende des Harnleiters. Bei hinreichend langer Versuchsdauer kam es in einigen Fällen wieder zu einer normalgerichteten Peristaltik. Wurden nach der zentralen Verkürzung des Harnleiters kurze Stücke des Blasenendes abgeschnitten, so änderte sich an der Richtung der Wellen nichts. Wurde ein längeres Stück des Blasenendes abgeschnitten, so traten bei normalgerichteten Wellen dadurch antiperistaltische Kontraktionen auf, die aber nach einiger Zeit mit normalgerichteten abwechselten. Es geht daraus hervor, daß der Harnleiter in verschiedener Höhe eine verschiedene Erregbarkeit besitzt. Ganglienzellen fehlen in allen Schichten des Schweineharnleiters. Die Ursache der periodischen Harnleiterbewegungen muß demnach in der Wand des Harnleiters gelegen sein, der die Fähigkeit zu selbständigen rhythmischen Bewegungen, also Automatie, besitzt. *Kaiser.*°°

Galant, Johann Susmann: Reflex, Automatismus, Instinkt. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 87, H. 4/6, S. 245—262. 1925.

Es wird versucht, die charakteristischen Merkzeichen von Reflex, Instinkt und Automatismus zu bestimmen. Reflex und Instinkt sind angeboren und vererbbar, Automatismen nicht. Sie sind vielmehr Resultat immerwährender Übung. Reflex ist eine „passive" Funktion, ein Verteidigungsakt, Instinkt ist „aktiv", strebend. Der Automatismus aktiv oder passiv, je nachdem, welche Funktion automatisiert worden ist. Der Reflex ist einfach, zweckmäßig, unveränderlich. Der Instinkt ist eine komplizierte Funktion, eine Handlung, die oft die Grenzen des Zweckmäßigen überschreitet. Der Automatismus ist es je nachdem, welche Funktion automatisiert worden ist. Der Reflex besitzt von psychischen Qualitäten vielleicht nur die Empfindung. Der Instinkt besitzt höhere psychische Eigenschaften, nähert sich der Intelligenz. Der Automatismus „ist oft ganz überflüssig und geht spurlos verloren". Des weiteren sucht Verf. in Anlehnung an das 50jährige Jubiläum der Entdeckung des Patellarreflexes durch Erb eine Übersicht über das gegenwärtige Gelände der „Reflexologie" zu geben. Darunter versteht er aber nur diejenigen Reflexe, die nicht vererbt werden. Dazu gehören, seiner Meinung nach, nicht die Automatismen, die unter dem Namen von bedingten Reflexen bekannt sind. Dieselben können übrigens keineswegs die kompliziertesten Seelenerscheinungen erklären. Die „sinnvollste" aller Einteilungen der Reflexe ist die Einteilung in physiologische und pathologische. Letztere sind häufig Ausdruck einer phylogenetisch und ontogenetisch niederen Stufe. Die ganze Konstruktion des Verf. ist übrigens äußerst gekünstelt und leidet an schweren methodologischen Fehlern. *M. Kroll* (Minsk).

Členov, L.: Über den Dorsalreflex der Adductoren und seine diagnostische Bedeutung. Russkaja klinika Bd. 4, Nr. 17, S. 391—410. 1925. (Russisch.)

Bei erhöhter Reflexerregbarkeit erhält man beim Beklopfen des Rückens, und zwar sowohl in der Mittellinie als auch seitwärts von der Wirbelsäule (paravertebral) eine reflektorische Adduction des einen oder beider Oberschenkel. Diesen Reflex bezeichnet Členov als dorsalen Reflex der Adductoren (DRA). Er wird auch schon von Bechterew erwähnt, ohne daß ihm eine größere Bedeutung beigemessen wurde. Č. hat eine Reihe von Nervenkranken auf diesen Reflex hin untersucht und ihn von 50 Fällen von Hysterie 18 mal, unter 40 Neurasthenikern 27 mal gefunden. Bei Hemiplegien war er unter 11 Fällen 10 mal vorzufinden. Am wichtigsten ist seine diagnostische Bedeutung bei beschränkten spinalen Prozessen. Verf. hatte ihn in 16 Fällen vorgefunden. Dabei besteht eine gewisse Gesetzmäßigkeit zwischen der oberen Grenze des spinalen Prozesses und der oberen Grenze der reflexogenen Zone, in deren Bereich Reize den DRA. auslösen. Die beiden Grenzen liegen nahe beieinander, mitunter

Digitized by Google

ist die eine, bald die andere etwas höher. So war in einem Falle von Spondylose der Halswirbelsäule ein positiver DRA. bis vom Occiput aus auszulösen. In einem Falle von Myelitis von C_5—C_8 war er von der Kreuzgegend bis zu C_6 auszulösen. Bei einer Meningomyelitis bis zu D_{11}—D_{12} bestand er bis zur Höhe von D_{11}—D_{12} usw. Der Reflex ist nach C. den Abwehrreflexen verwandt. Seine Bahnen gehen durch das Rückenmark. Zur Technik: Patient sitzt auf dem Bettrand mit herabhängenden Beinen. Manchmal ist es besser, wenn die Sohlen leicht den Boden berühren. Die Beine müssen mäßig abduziert sein, doch nicht allzusehr. Sie müssen rechtwinklig gebeugt sein. Wichtig ist es, daß der Körper in den Hüftgelenken gebeugt ist. Der Untersucher sitzt neben dem Patienten und beklopft mit einem schweren Hammer den Rücken längs der Wirbelsäule oder paravertebral von derselben. Am besten ist es, mit einem Gehilfen zu untersuchen. Der eine klopft, der andere verfolgt den motorischen Effekt. *M. Kroll.*

Tschlenow, L.: Über die Korrelation der tiefen Reflexe an den unteren Extremitäten. (*Nervenklin., II. Univ. Moskau.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 88, H. 1/2, S. 56 bis 66. 1925.

Tschlenow kommt auf Grund einer vergleichenden Betrachtung der verschiedenen Reflexe an den unteren Extremitäten zunächst zu dem Ergebnis, daß kein spezifischer Unterschied zwischen Sehnenreflexen, fascialen, periostalen und muskulären Reflexen besteht. Bei Beklopfen der unteren Extremitäten von der Fußsohle aufwärts bis zur Spina ossis il. anter. sup. kommt es je nach der Stelle, die geklopft wird, zu fünf verschiedenen motorischen Erscheinungen: Beugung der Zehen, Beugung des Fußes, Extension des Unterschenkels, Abdrehen des Fußes, Abdrehen des Oberschenkels. Diese erwähnten 5 Reaktionen lassen sich in zwei Gruppen ordnen, von denen die eine einer Synergie im Sinne einer Streckung und Verlängerung, die andere eine Synergie im Sinne einer Adduktion des Beines zugehört. Beim Ausfall der Pyramidenbahn treten diese Reaktionen verstärkt auf. Die reflexogenen Zonen der einzelnen Reaktionen können sehr erweitert sein. Die verschiedenen pathologischen Reflexe stellen nur besondere Fälle einer gemeinsamen Reaktion dar; es sind die gleichen Erscheinungen nur von ungewöhnlichen Gebieten hervorgerufen. *K. Goldstein* (Frankfurt a. M.).

Burtt, H. E., and W. W. Tuttle: The patellar tendon reflex and affective tone. (Patellarreflex und affektiver Spannungszustand.) Americ. journ. of psychol. Bd. **36**, Nr. 4, S. 553—561. 1925.

Mit einer früher von Tuttle beschriebenen Technik wurden periodische Auslösungen und graphische Registrierungen des Pat.-Refl. vorgenommen. Gleichzeitig wurden serienweise Reizworte mit lustbetontem, unlustbetontem und indifferentem Affektgehalt gegeben. Höhe des Reflexausmaßes und Zeitdauer der Assoziationsreaktion wurden miteinander verglichen, als Konstante die Reaktion auf indifferente Reize jeweils gesetzt. Es ergab sich, daß bei unlustbetontem Affekt stets, bei lustbetontem überwiegend der Reflexausmaß herabgesetzt war. Bei beiden Erscheinungen sei das gleiche Agens, eben der affektive Spannungszustand, wirksam. *H. Schulte* (Berlin).

Mankowsky, B., und W. Beder: Inversion des Babinski-Phänomens und seine Entstehungsbedingungen. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 88, H. 1/2, S. 42—55. 1925.

Mankowski und Beder haben die Veränderungen des Babinskischen Reflexes in verschiedener Körperlage, im besonderen in verschiedener Situation des Beines untersucht. Sie bestätigten die von Guillain und Barré, besonders aber von Bychowski gemachte Beobachtung, daß der Babinskische Reflex bei Bauchlage des Kranken verschwinden oder sogar eine Plantarflexion an seine Stelle treten kann. Diese Umkehr ist nicht von der Körperlage abhängig, sondern von der Verkürzung der unteren Extremität, besonders der Beugung im Kniegelenk. Die Häufigkeit und die Intensität der Reflexumkehr ist von dem Grade der Beugung des Beines abhängig. Die Reflexumkehr hängt nicht mit einer Kompression der Gefäße und nicht mit einer Dehnung des Flexor hallucis longus zusammen, sondern mit einer reflektorischen proprio-rezeptiv bedingten Umgruppierung des Muskeltonus. Der Mechanismus, der

Digitized by Google

diese Umgruppierung bedingt, steht mit größter Wahrscheinlichkeit mit einem Reflex in Beziehung, bei dem die Beugung von Hüfte, Knie und Füße mit einer Dorsalflexion der Zehen verbunden ist, während dem entgegengesetzten Verhalten, der Streckung der Beine eine Plantarflexion der Zehen (spinaler Automalismus von P. Marie) entspricht. Diese beiden Reflexe gehören zum rhythmischen Mechanismus des Gehaktes. Gegen Ende der Verkürzungsphase stellt sich in den Zentren derjenigen Muskelgruppen ein erhöhter Tonus ein, die bei der umgekehrten Bewegung, also in der Streckungsphase, in Gang gesetzt werden; so wird bei der Verkürzung des Beines ein erhöhter Tonus in den Streckern bestehen und ein erneuter Reiz eine Beugung der großen Zehe erzeugen, also der umgekehrte Babinski eintreten. Die Umkehr kommt also nach Ansicht der Autoren durch eine verschiedene Schaltung (Magnus) auf Grund der verschiedenen propriorezeptiven Reize in den verschiedenen Stellungen der Beine zustande. *K. Goldstein* (Frankfurt a. M.).

Wernøe, Th. B.: Viscero-cutane Reflexe. (*Zoo physiol. Laborat., Univ. Kopenhagen.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **210**, H. 1/3, S. 1—34. 1925.

Bei Erkrankungen innerer Organe finden sich neben Zonen cutaner Hyperästhesie solche cutaner Anämie. Zur Klärung der viscero-cutanen Reflexe wurden an Fischen experimentelle Untersuchungen vorgenommen, wobei besonders der Farbwechsel der Tiere beobachtet wurde. Zur Auslösung der viscero-cutanen Reflexe wurden Kupfersulfat, elektrische Reizung, Bariumchlorid, Adrenalininjektionen und mechanische Reizung verwandt. Es zeigte sich, daß nach visceraler Reizung eine cutane Pigmentreaktion auftrat, die immer mehrere Hautsegmente umfaßte. Die Hautzone ist bei Reizung unpaarer Organe doppelseitig, bei einseitiger Reizung paariger Organe einseitig. Der Reflex ist ein Axonreflex. Er wird häufig von einem viscero-motorischen Reflex begleitet, der jedoch über das Rückenmark verläuft. Umgekehrt kann cutane Reizung viscerale Wirkung bedingen, die teils als viscerale Hyperämie, teils als viscerale Ischämie auftritt. Während die Gefäßerweiterung einen spinalen Reflex darstellt, liegt der Gefäßverengerung ein Axonreflex zugrunde. Von den Grenzsträngen ziehen die viscero-cutanen Nervenfasern teils mit den peripheren Nerven, teils mit den Gefäßen zur Haut. Die Innervationsverhältnisse der Hautcapillaren sind denen der Hautchromatophoren identisch. Die Hauthyperästhesien sind wahrscheinlich nicht spinal bedingt, sondern rühren von Änderungen der Haut her, die durch die viscero-cutane Reizung hervorgerufen sind. *R. Greving* (Erlangen).

Psychologie und allgemeine Psychopathologie.

Campion, George G.: The neural sub-strata of reflective thought. An outlined integration of the psychological and neural elements. (Das Nervensubstrat des reflektiven Denkens.) Brit. journ. of med. psychol. Bd. **5**, Nr. 2, S. 65—82. 1925.

Das psychische Geschehen ist an Nervenprozesse gebunden. Die Semonschen Engramme haben ihr Korrelat in den physiologischen Bahnen, die sich im Laufe der Ontogenese (des ganzen Lebens) zwischen den verschiedenen Teilen des Gehirns gemäß ihrer Funktion entwickeln. So lange die Vereinigungen solcher Systeme keine Impulse empfangen, haben wir es mit dem Korrelat des „Unterbewußtseins" zu tun. Alle afferenten Impulse gehen durch die Sehhügel, um teilweise von hier aus zu den verschiedenen Gegenden des Großhirns zu gelangen. Vom Thalamus werden die verschiedenen Stimuli, die von allen rezeptorischen Organen kommen, verteilt. Diese Funktion des Thalamus als Bindeglied der afferenten Impulse ist das nervöse Korrelat der „Perzeption", z. B. der „Gesichtsbilder" u. dgl. In gewissem Sinne bildet der Thalamus den Sitz des „Bewußtseins für die affektive Seite des Gefühls", die Rinde den Sitz der „diskriminativen Perzeptionen von Raum, Form, Farbe, Klang, Lage" usw. Die „Aktivierung" der verschiedenen Engrammensysteme durch die eigentlichen thalamischen Organe ist als neurologisches Korrelat des „Gedächtnisses" zu betrachten,

Digitized by Google

Die gleichzeitige Aktivierung dieser Engramme durch Thalamus und die verschiedenen rezeptorischen Organe stellt den nervösen Prozeß dar, welcher den logischen Urteilsprozessen entspricht. *M. Kroll* (Minsk).

Kleint, Herbert: Über den Einfluß der Einstellung auf die Wahrnehmung. (*Psychol. Inst., Univ. Würzburg.*) Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. **51**, Nr. 3/4, S. 337—398. 1925.

Auf Grund einer bestimmten Einstellung lassen sich in weitem Umfange experimentell optische Illusionen erzeugen. Diese durch die Einstellung bedingten Illusionen treten auch bei gespannter Aufmerksamkeit und relativ langer Beobachtungsdauer auf. Zwischen der Sehfähigkeit und der Häufigkeit der optischen Illusionen besteht kein Zusammenhang. Wenn eine Illusion einmal aufgetreten ist, so ist es relativ gleichgültig, ob der zugrunde liegende Gegenstand deutlicher wird. Für das Auftreten von Illusionen überhaupt ist die Helligkeit von Bedeutung. Bei größerer Helligkeit treten weniger Illusionen auf. Die Illusionen einer Vp. sind um so zahlreicher, je kürzere Zeit sie auf das Beobachten verwendet. Je stärker das Beharren bestimmter Illusionen ist, um so größer ist ihre Häufigkeit. Bei einfachen Gegenständen und langer Beobachtungsdauer zeigen die Illusionen der Kinder gegenüber denen der Erwachsenen eine sehr große Tendenz zur Beharrung. Unter gewissen Bedingungen sind die Illusionen bei den Kindern zahlreicher als bei den Erwachsenen, es kommen aber unter besonderen Bedingungen die Illusionen der Erwachsenen denen der Kinder an Zahl gleich. Die Illusionen sind in ihrem Auftreten von der Art der zugrunde liegenden Gegenstände abhängig. Wenn es sich um Illusionen geometrischer Formen handelt, so werden gewisse Figuren in der Häufigkeit der Illusionen bevorzugt. Je mehr die Figur, auf welche die Vp. eingestellt ist, der objektiv gegebenen nahe kommt, um so häufiger tritt eine Illusion auf. Bei Illusionen, die an einem sich bewegenden Bildstreifen auftreten, zeigen auch gewisse Teile eine Bevorzugung in der Häufigkeit der Illusionen. Die Bevorzugung eines Bildteils ist um so größer, je wahrscheinlicher das Vorhandensein des in der Illusion gesehenen Gegenstandes an der Stelle ist. Unter verschiedenen Bedingungen ist die Verteilung der Anzahl der Illusionen auf die einzelnen Vpn. eine verschiedene. Die Vpn., die am meisten bzw. am wenigsten Illusionen erleiden, sind nicht dieselben, wenn die Erzeugung der Illusion mit verschiedenen Methoden geschieht. Die Zahl der Illusionen ist bei den einzelnen Vpn. außerordentlich verschieden und hängt zum Teil von gewissen intellektuellen Eigenschaften ab. Bei gewissen Figuren, die an sich zwei verschiedene Auffassungen erlauben, hängt die jeweilige Art der Auffassung von der Einstellung ab. *Erwin Straus.*°°

Humphrey, George: Is the conditioned reflex the unit of habit? (Erschöpft der Bedingungsreflex das Benehmen?) Journ. of abnorm. a. soc. psychol. Bd. **20**, Nr. 1, S. 10—16. 1925.

Verf. betrachtet das Studium der bedingten Reflexe als recht aussichtsreich, um den Mechanismus des Lernens zu begreifen. Doch glaubt er, es wäre zu einseitig, das gesamte psychische Leben in die Bedingungsreflexe aufgehen zu lassen.

M. Kroll (Minsk).

Kiesow, F., und A. Gatti: Über die Vergleichung linearer Strecken und ihre Beziehung zum Weberschen Gesetze. II. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. **53**, H. 4, S. 433 bis 446. 1925.

Fortsetzung früherer Versuche unter Benutzung größerer Strecken als Vergleichsobjekte. Verff. finden auch hier ein Verhalten, das dem, welches bei Bestimmung der Unterschiedsempfindlichkeit beobachtet wird, analog ist, woraus sie schließen, daß das Webersche Gesetz psychologisch zu interpretieren ist. (I. vgl. dies. Zentrlbl. **42**, 492.) *E. Küppers.*

Landis, Carney: Studies of emotional reactions. IV. Metabolic rate. (Seelische Erregung und Stoffwechsel.) Americ. journ. of physiol. Bd. **74**, Nr. 1, S. 188—203. 1925.

Die bereits viel diskutierte Frage: Besteht ein gesetzmäßiger und meßbarer Zusammenhang zwischen seelischem Geschehen (emotional reaction) und Grundumsatz prüft Verf. — nach Besprechung der früheren, kein klares Bild ergebenden Untersuchungen — in 2 verschiedenen Versuchsreihen. In der ersten Reihe wurde (bei leichter Anspannung der Unterarme und Hände) der Einfluß von Jazzmusik auf den Grundumsatz untersucht, und es wurde hierbei,

Digitized by Google

obgleich die Selbstbeobachtung der Vpn. eine deutliche Lustwirkung anzeigte, überhaupt keine nennenswerte Wirkung festgestellt. Die für die zweite Versuchsreihe erforderlichen Unlust- und Spannungsgefühle wurden durch eine ziemlich starke und ca. 6 Minuten anhaltende faradische Reizung beider Handinnenflächen erzeugt. Die Nebenwirkung rein körperlicher Faktoren wird durch Vergleichsversuche (Einschaltung einer Kontrollperiode von Hunger und Schlaflosigkeit) eliminiert, sorgfältigste Feststellung aller physiologischen Fakten. Es ergibt sich bei allen 3 Vpn. eine gleichsinnige Steigerung des Grundumsatzes unmittelbar in Erwartung des Unlustreizes, ein Abfallen während und nach der Reizung bis zur Erholung. Die Bestimmung erfolgt in allen Versuchen mit der Kooghschen Apparatur, Berechnung nach der Dubois-Skala. Nach diesem Versuchsergebnis ist also eine Wirkung psychischer Erregung auf den Grundumsatz nicht zu leugnen, die Deutung bleibt schwierig, und Verf. diskutiert die verschiedenen Erklärungsmöglichkeiten. Jedenfalls bietet Änderung des Grundumsatzes kein Maß zur Bestimmung seelischer Erregung, da diese an sich nicht zu einsinniger und konstanter Veränderung des Umsatzes führt. (III. vgl. dies. Zentrlbl. **42**, 494.) *Eva Rothmann.*

Blatz, W. E.: The cardiac, respiratory and electrical phenomena involved in the emotion of fear. (Herz-, Atmungs- und elektrische Erscheinungen infolge von Furcht.) (*Psychol. laborat., univ., Chicago.*) Journ. of exp. psychol. Bd. 8, Nr. 2, S. 109—132. 1925.

Eine Zeichnung zeigt, wie die Versuchsperson in Furcht versetzt wird bei den Experimenten des Autors: sie wird mit Augenbinde in einen Lehnstuhl gesetzt, der vom nächsten Raume aus geräuschlos zu Fall nach hinten, um eine Achse unter dem Knie des Sitzenden in einem Winkel von etwa 60°, gebracht werden kann. Der Hindlesche Elektrardiograph wird im Nebenraum aufgestellt. Eine Zuckelektrode wird an der Palmarseite, die andere am Unterschenkel appliziert, Zinksulfatkaolinpasta darüber gelegt und das Ganze mit Binden fixiert. Die Atemschwankungen werden mittels elektrischem Pneumographen registriert: Einatmen aktiviert einen, Ausatmen einen zweiten Elektromagneten; diese bewegen 2 Metallstücke, welche vor dem Kameraschlitz die Dauer der Atemphasen markieren. In gleicher Weise schreibt ein weiterer Magnet den Moment des Stuhlumfallens auf. Jacquets Zeitschreiber. Der Film wird durch Motorenwirkung beliebig lang am Aufnahmeschlitz vorbeigeführt. 280 Versuche an 21 Versuchspersonen wurden photographiert und der 1600 Fuß lange Film analysiert: die Herzkurve nach Frequenz, Rhythmus und Kraft (? Ref.), die Atmung nach Frequenz, die „elektromotorische Kraft" außerhalb des Elektrokardiogramms (wohl das psychogalvanische Phänomen. Ref.) nach zeitlichem Ablauf; die Höhe der Ausschläge konnte beim gleichen Individuum innerhalb einer Sitzung verglichen werden. Eine 1. Versuchsreihe hatte zu entscheiden, wie sich gänzlich unvorbereitete Versuchspersonen, zuerst an 3 Sitzungen ohne den erschreckenden Fall, an die Situation, verbundenen Auges an den Stuhl fixiert zu sein, innerhalb 15 Minuten anpassen. In der 4. und 5. Sitzung wurden sie dem Schreck des Umfallens je 1 mal, in der 6. mehrere Male ausgesetzt. Schließlich wurde auch untersucht, wie die Untersuchungsergebnisse seien, wenn die Versuchspersonen zuerst im liegenden Stuhl sich befanden und wie, wenn sie dann aufgerichtet wurden. Eine 2. Reihe von Versuchen wurde gleich durchgeführt mit Versuchspersonen, die das Experiment theoretisch schon kannten.

Die Ergebnisse sind in Tabellen, Kurven und Filmausschnitten dargestellt. Aus den Zusammenfassungen sei folgendes hervorgehoben: Die Anpassung zeigte sich im wesentlichen durch Langsamerwerden der Herzaktion an. Nach dem Umfallen trat sofortige Herzbeschleunigung, dann Verlangsamung, dann nochmals Beschleunigung und wieder Verlangsamung auf; ferner anfänglich stärkere Herzaktion, für etwa 6 Min. und schließlich deutliche Rhythmusstörungen der Schlagfolgen. In bezug auf die Atmung: sofortige Verlangsamung (in 9 von 11 Fällen), ebenso häufig Zunahme der Atemtiefe, Inspirationsreiz während des Falles. Das elektrische Phänomen trat mit Latenzperioden von 0,5—3,0 Sek. bei allen Versuchspersonen auf und dauerte bis zu 6 Min. Wenn die Versuchsperson um den Versuch weiß, Fallen diese Organreaktionen geringer aus. Voraussicht des Falles erhöht in 5—6 der Fälle die Herzaktion. (Nicht die elektrischen Phänomene? Ref.) Wiederholungsversuche lassen alle Wirkungen kleiner werden, außer der Atemreaktion. *Veraguth* (Zürich).

Higuti, Tatusuke: Eine experimentelle Studie über die Psychologie der Verlegenheit. I. Mitt. Acta scholae med., Kioto Bd. 7, H. 3, S. 381—422. 1925.

Wiederholungen einer Willenshandlung kommen meistens dann glatt zustande, wenn die vorangehende Handlung mit gutem Erfolg verwirklicht wurde. Ist das nicht der Fall, so pflegen darauffolgende Handlungen in Mitleidenschaft gezogen zu werden und mehr oder weniger verstümmelt zu erscheinen, ohne daß wir uns dabei dessen

Digitized by Google

bewußt zu sein brauchen. Den Geisteszustand, der für die Entwicklung einer derartigen Verstümmelung der Willkürhandlung geeignet ist, nennt Verf. Verlegenheit. Die Anlage zur Verlegenheit ist eine individuell verschiedene und zeigt auch beim gleichen Menschen, je nach der derzeitigen allgemeinen Verfassung, eine ziemlich große Schwankung. Daß die Verlegenheit überhaupt einer offenkundigen Veränderlichkeit unterliegt, legt den Wunsch nahe, sie experimentell zu erzeugen und zu verfolgen. Verf. hat zwei Methoden angewandt: 1. Methode — die Reize werden sprachlich gegeben; das Reizwort „rechts" oder „links" wird der Vp. zugerufen. Die Reaktionen sollen mit einer einmaligen geschnellten Bewegung des Mittelfingers der allonymen Körperseite ausgeführt werden. 2. Methode — die Reize werden taktil angewendet; man berührt die Vp. an den Seiten oder in der Mittellinie; die Reaktionen erfolgen durch Benennung der allonymen Körperseite. Registriert werden Reiz und Zeiten und die Reaktionsbewegungen der Mittelfinger. Die Ergebnisse gestatten eine eindringende Analyse des Bewegungsverlaufes, die aber nicht über die bekannten Feststellungen Isserlins u. a. hinausgeht. Verf. legt Wert auf die Abweichungen von der regelrechten Reaktionsbewegung und glaubt zu finden, daß deren verschiedene Gestaltung von der jeweils vorangehenden Fehlreaktion abhängt, je nachdem dieser eine ordnungsgemäße Bewegung beigefügt wird oder nicht. Die richtige Reaktion, welche sich an eine Fehlreaktion mit Berichtigungsbewegung anschließt, nimmt in der Regel einen ordentlichen Bewegungsverlauf, während die richtige Reaktion, welche einer Fehlreaktion ohne Berichtigungsbewegung nachfolgt, eine Verstümmelung erleidet. Die Ausführung der Berichtigungsbewegung also hebt die schlechte Nachwirkung, welche eine Fehlreaktion hinterläßt, auf. Hierin liegt die Parallele des bekannten Erlebens, daß man sich von einer Verlegenheit meistens erst dann befreien kann, wenn man den Fehler in irgendeiner Weise gut gemacht hat. Die Wirkung der Verlegenheit gibt sich außerdem in einer Veränderung der Reaktionszeiten kund. Hierin besteht Übereinstimmung mit den Feststellungen Langes über den Einfluß der Aufmerksamkeit und mit der Komplextheorie. *Kronfeld* (Berlin).

Blumenfeld, Walter: Das Suchen von Zahlen im begrenzten ebenen Felde und das Problem der Abstraktion. Zeitschr. f. angew. Psychol. Bd. **26**, H. 1/2, S. 58—107. 1925.

Experimentelle Untersuchung über den Einfluß äußerer Faktoren wie Entfernung, Größe und Form des Suchfeldes, Menge, Größe und Farbe der Elemente auf den Vorgang des Suchens. Dieser selbst wird zum Schluß genauer beschrieben und von dem Vorgang der Abstraktion abgesondert. *E. Küppers* (Freiburg i. B.).

Lee, Ang Lanfen: An experimental study of retention and its relation to intelligence. (Eine experimentelle Untersuchung über das Gedächtnis und sein Verhältnis zur Intelligenz.) Psychol. monogr. Bd. **34**, Nr. 4, S. 1—45. 1925.

An 310 Volksschulkindern im Alter von 8—16 Jahren wurden Intelligenzprüfungen (National Intelligence Tests) und Gedächtnisprüfungen durchgeführt. Bei letzteren handelte es sich sowohl um Wiedererkennen wie um Reproduktion, ferner um Zwischenzeiten von 30 Sek. und solche von 24 Stunden, schließlich um Verwendung von vielerlei Stoff: Bildern, Wörtern, geometrischen Formen und sinnlosen Silben. Hauptergebnisse: Intelligenz- und Gedächtnisleistung stehen durchgehend in positiver Korrelation; am höchsten (ca. 0,60) ist diese bei Bildern; es folgen Wörter, Silben, Formen; die Prüfung nach 30 Sek. gibt höhere Korrelationen wie die nach 24 Stunden. Bei den Silben ist die Korrelation beim Wiedererkennen etwas höher als beim Reproduzieren; bei den 3 anderen Stoffen verhält es sich umgekehrt. Die Korrelation zwischen Alter und Gedächtnisleistung ist am höchsten bei Bildern und Wörtern; Reproduktion korreliert mit Alter höher als Wiedererkennen, letzteres überwiegend negativ. Die Korrelationen zwischen Reproduktion und Wiedererkennen sind durchweg niedrig; die Gedächtnisleistung eines Individuums wird mehr von der „Funktion" (Wiedererkennen bzw. Reproduktion) als vom „Stoff" bestimmt. Die Korrelationen zwischen den Leistungen nach 30 Sek. und nach 24 Stunden sind ziemlich hoch, bei sinnvollem Stoff höher als bei sinnlosem. *Bobertag* (Berlin).

Digitized by Google

Karger, Paul: Die eidetische Anlage der Jugendlichen in ihrer Bedeutung für die Klinik und die Schulleistungen. (*Univ.-Kinderklin., Wien.*) Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 47, S. 2247—2249. 1925.

Die Arbeit stellt die erste kritische Nachprüfung der Lehre von der eidetischen Anlage und den zugehörigen Konstitutionstypen (E. und W. Jaensch) von pädiatrischer Seite dar. Sie stützt sich auf Notizen, die der Verf. im Laufe von 4 Jahren in der Berliner Kinderklinik gesammelt hat, enthält aber leider keinerlei Zahlen oder statistisches Material. Das ist um so bedauerlicher, als die Ergebnisse von dem, was Jaensch und seine Schüler beschrieben haben, in wichtigen Punkten abweichen. So enthält die Mitteilung nur „Eindrücke" und einzelne interessante Fälle. Die Konstitutionstypen von W. Jaensch werden völlig abgelehnt, die Korrelationen zwischen körperlichen Stigmaten und Eidetikern im Sinne dieses Autors konnten nicht bestätigt werden. Eine Beeinflussung der Anschauungsbilder durch Kalk oder Thyreoidin war nicht nachzuweisen. Auch Beziehungen zwischen bestimmten psychischen Eigenheiten (Neigung zu Träumerei, Erregbarkeit usw.) und der eidetischen Begabung fand der Verf. nicht; doch wären auch hier genauere und zahlenmäßige Mitteilungen erwünscht. Interessant sind einige Berichte über die Nachprüfung ursprünglich eidetischer Kinder nach Ablauf einiger Jahre, wobei sich die Ansicht Jaenschs bestätigte, daß mit der Annäherung an die Pubertät die eidetische Gabe verschwindet.

W. Mayer-Groß (Heidelberg).

● **Utitz, Emil: Charakterologie.** Charlottenburg: Rolf Heise 1925. VII, 398 S. G.-M. 14.—.

Utitz' Werk will weder ein System einer allgemeinen Charakterologie, noch eine charakterologische Typenlehre sein. Dies muß man seiner Besprechung vorausschicken. Was er unter Charakterologie verstanden wissen will, ist Seite 5 ausgesprochen: „Die Persönlichkeit, gesehen unter dem Gesichtspunkte ihrer Strebungen bzw. die Strebungen in ihrem Sinn für die Persönlichkeit." Eine schärfere Definition wird ausdrücklich vermieden. Eine vorläufige Ordnung, nicht ein System der Charaktere, wird im letzten Teil des Buches als „Einteilung" (S. 317) aufgestellt: 1. Reihe = Berufscharaktere, weltanschauliche Charaktere, ethische Charaktere. 2. Reihe: formale Charaktere, materiale Charaktere, Zielcharaktere, komplexe Charaktere. 3. Reihe: Zeitcharaktere, Völkercharaktere, Kulturcharaktere. 4. Reihe: endogene Charaktere, Schicksalscharaktere. Der übergeordnete Gesichtspunkt jeder Reihe ist mit Ausnahme der zweiten nnschwer zu erkennen. Zu dieser aber sind einige Bemerkungen erforderlich. U. selbst sagt, sie empfange von den „Leitlinien" ihr Gepräge. In der Tat ist das, was er so bezeichnet, der Kernpunkt seiner ganzen Betrachtungsweise. Nachdem nämlich in den beiden ersten Teilen des Buches die Grundbegriffe und die Forschungswege, letztere z. T. in Form einer historischen Übersicht, behandelt wurden, beschäftigt sich der dritte mit den Leitlinien. Man wird, wenn man deren Übersicht überblickt, schon eine Gruppierung vornehmen müssen, um mehr als ein Nebeneinander in ihr sehen zu können. Dem Gesichtspunkte der Kategorie werden unterstellt: Richtungsbestimmtheit etwa = die Hauptrichtung des Strebens einer Persönlichkeit auf Grund ihrer Anlage; Ein- und Mehrdimensionalität = eine einzige oder aber verschiedene Richtungen, die innerhalb der Persönlichkeit um Rang und Wirkung kämpfen; Rhythmik, Dynamik, Gewicht, Intensität: vergleichsweise Spannung und Lösung, Temperament, Widerstände, Schwergewicht, Eindringlichkeit, Bedeutung, Zuspitzungen im Sinne von „Alles oder Nichts" usw. Man könnte einer zweiten Gruppe die Erlebnisweisen und Außenbeziehungen zuordnen, die von der Stellung des Ich bestimmt werden, also Ichzentrierung und Ichfugalität und ferner Spontanëität, Reaktivität, Aktivität und Passivität, Erlebnisverarbeitung, Ich-Masken und Selbsttäuschungen. Schließlich umfaßt die „materiale Charakerologie" Triebe, Willen, Gefühl, Intelligenz, Phantasie, Materialverlust, während zur teleologischen Charakterologie die formalen und inhaltlichen Ziele und die Lebensprobleme gerechnet werden. Wenn diese psycholo-

Digitized by Google

gisch so sehr verschiedenartigen Tatsachen und Beziehungen unter der Marke „Leitlinien“ aufgeführt und besprochen werden, kann eine wesenhafte Einheit dieser Zusammenstellung nicht zugrunde liegen. Verstehe ich die Absicht des Verf. richtig, so will er, ohne eine solche zu unterstellen, die Gesichtspunkte zusammentragen, unter denen eine Persönlichkeit als Gegenstand der Charakterologie betrachtet werden muß, soll nichts charakterologisch Wesentliches unbeachtet bleiben. Allgemein psychologisch gesehen, werden hier also neben vielen anderen formalen und materialen Bestandstücken insbesondere die seelischen Zusammenhänge und die antinomischen Beziehungen behandelt. Gerade was hierüber an verschiedenen Stellen gesagt ist, ist oft sehr klar und scharf gesehen und herausgearbeitet. Man kann in einem Wissenschaftszweige, der erst im Begriff ist, seine Grundlegung herauszuarbeiten, nicht über Gruppierungen rechten; sie sind selbstverständlich nur Übersichtsversuche und können zunächst nichts anderes sein; es sei denn, daß ein metaphysischer Hintergrund von vorneherein in die Gruppierung hineinwirkt oder sie überhaupt bestimmt. Das ist zwar bei U. nicht im gewöhnlichen Sinne der Fall; aber an verschiedenen Stellen kann der Verf. nicht umhin zu betonen, welche Bedeutung für ihn selbst das a priori hat: „Wer meine Schriften kennt, weiß von meiner Vorliebe zum Apriorischen. Aber wir müssen uns auch zur Empirie zwingen, und zwar in sehr weitem Umfang“ (S. 44). So spricht nur, wer nicht von der Empirie herkommt; und wer von der Ästhetik und der allgemeinen Kunstwissenschaft aus an psychologische und insbesondere charakterologische Stoffe und Aufgaben herantritt, kann sehr wohl den angeführten Standpunkt noch einmal in die Form kleiden: „Nicht: Verurteilung zu blinder Empirie. Im Gegenteil: weiteste Heranziehung des Apriorischen, aber nicht als Selbstzweck.“ (S. 43.) „Die Charakterologie als Wissenschaft ist weder rein empirisch, noch rein a priori zu betreiben“ (S. 43). Wer von einer empirischen Wissenschaft aus Charakterologie treibt, wie z. B. der Psychiater, würde den prinzipiell gleichen Standpunkt etwa so zum Ausdruck bringen: kein charakterologisches System und keine Typologie wird ohne Einbeziehung von Sollensmomenten und Wertungen auskommen. Er wird aber nicht von einer Heranziehung des Apriorischen sprechen. Das ist ein nicht gering anzuschlagender Unterschied. Ich sage das nicht, um auf diesen Unterschied näher einzugehen, sondern um anzudeuten, daß in der Ausführung einer Charakterologie von letzterem Standpunkte aus die Gewichtsverteilung, die Akzente, die Herausstellungen anders fallen als vom ersteren her. Wenn man aber, wie U. es zu tun sich bemüht, bald vom einen, bald vom anderen Ausgangspunkte her das Stoffgebiet betrachtet, fällt diesem Streben nach Ausbalanzierung auch die Gewichtsverteilung zum Opfer. Daher und durch die ängstliche Vermeidung wertmäßiger Gesichtspunkte kommt es, wenn ich nicht irre, daß die Darstellung des Buches eine standpunktmäßige Gliederung und eine Akzentverteilung vermissen läßt. Dieser Umstand erschwert nicht nur die Orientierung außerordentlich, sondern über diese mehr äußerliche Schwierigkeit hinaus bewirkt er auch den Eindruck, als sei er ein notwendiger Ausfluß der „Überzeugung (des Verf.), daß Charakterologie Realwissenschaft ist“ (S. 43). Man kommt zu einer solchen Darstellung vielleicht eher, wenn man wie U. als Material in der Hauptsache differenzierte Menschen der Bildungsschicht im Auge hat, als wenn man mit der ganzen Breite des Lebens einschließlich des gesamten Umfanges des seelisch Abnormen in allen Lebensstufen dauernd in Beziehung steht. Da kommt man um Betonungen, Heraushebungen, Gliederung und Gegenüberstellung nicht herum und muß sie üben selbst auf die Gefahr hin, daß Einschnitte und Akzente einmal nicht an die endgültig richtige Stelle fallen. Von diesen Überlegungen aus glaube ich auch verstehen zu können, warum U. die Abschnitte 3. und 4. „Charakterologische Leitlinien“ und „Charaktere“ überschreibt und nicht etwa allgemeine und spezielle Charakterologie. Die von ihm gewählte Form bescheidet sich stark und bindet ihn weniger und beansprucht bei allem Reichtum im Einzelnen nicht Geschlossenheit des systematischen Unterbaues. Daß die Lage der Charakterologie diese noch nicht befriedigend ermög-

Digitized by Google

licht, hat U. selbst oft genug ausdrücklich hervorgehoben. Die Charakterologie erscheint dem Laien leicht als ein angenehmer Tummelplatz unverbindlicher Privatmeinungen, die der Einzelne gern als seine Menschenkenntnis bezeichnet. Von dieser Gefahr ist vor allem die Individualcharakterologie bedroht. Diesem Punkte widmet U. in den letzten Paragraphen eine eingehende Erörterung, besonders der Vermeidung einer einseitigen Einstellung, mag es sich nun um die Beziehungen von Künstler zu Kunstwerk oder um diejenigen eines schlichten Menschen zu seinen Handlungen, Leistungen und Motiven handeln. Das auf einem vielseitigen, vertieften Wissen aufgebaute und an bedeutsamen charakterologischen Einsichten reiche Buch wird durch seinen Gehalt an Gesichtspunkten und an Bezügen aus sehr verschiedenen Wissensgebieten dem unterrichteten Leser viele Anregungen geben. Dem Anfänger freilich wird es nicht unerhebliche Schwierigkeiten bereiten. Denn es breitet vor dem Leser zwar die Fülle des Stoffes aus, aber es führt die verschiedenen Betrachtungsweisen nicht in systematischer Prüfung auf ihre Tragweite und ihre Grenzen vor. Einer späteren Auflage wird auch eine übersichtlichere äußere Gliederung durch Überschriften, Zusammenfassungen und Einteilung in Absätze sehr zugute kommen. *Homburger.*

Eversbusch, G.: Nervensystem und Psyche bei Tuberkulösen. Tuberkulose Jg. 5, Nr. 6/7, S. 61—64. 1925.

In sehr klarer, aus der Praxis gewonnener, anschaulicher Art schildert Verf. die Umwandlung der Psyche, die sich unter dem Einfluß langen tuberkulösen Leidens zu vollziehen pflegt, die verschiedene Einstellung gegenüber der Erkrankung nach der Persönlichkeit; er bringt zuversichtliche Einstellung in Beziehung zum cyclothymen, die mehr hypochondrische in Beziehung zum schizothymen Formenkreis, doch findet man bei den letzteren Persönlichkeiten auch zuweilen eine überraschende Charakterstärke; auch eine gewisse psychische Depravation ist nichts Seltenes. Eigentliche Psychosen sind selten und treten erst gegen Ende der Erkrankung besonders bei rapid einschmelzenden käsigen Pneumonien in Erscheinung. Ein gewisser Egozentrismus ist recht häufig, nervöse Erscheinungen der verschiedensten Art erscheinen bald als konstitutionelle Reaktion auf das Erlebnis des Tuberkulösseins, bald als Toxinwirkung. In gewissem Sinne kann man schon von einem tuberkulösen Charakter reden, dessen Grundzüge der leichten Ermüdbarkeit bei erhöhter Reizbarkeit, der Stimmungslabilität, der Suggestibilität, des Mangels an Selbstbeherrschung und der Willensschwäche nahe Verwandtschaft mit den Erscheinungen der endogen-nervösen Schwäche zeigen. Die nicht selten etwas gesteigerte Vita sexualis führt Verf. auf die Untätigkeit und den Mangel an Ablenkung zurück. Therapeutisch kommt Belehrung, Erziehung Überwachung (auch der Lektüre) in Betracht. Eine Verschleierung der Diagnose ist nicht berechtigt, bei nachdrücklichem Hinweis auf die Heilbarkeit des Leidens kann man sich die Mithilfe des Kranken in der Behandlung sichern. Auf der anderen Seite muß die ängstliche Selbstüberwachung des Kranken (Temperaturüberbewertung usw.) nachdrücklich bekämpft werden, am besten durch eine gewisse Beschäftigungstherapie. Der Kranke soll nicht zur Ängstlichkeit, sondern zur Vorsicht erzogen werden. Die Persönlichkeit des Arztes ist bei allem natürlich von größter Bedeutung. Alles in allem eine sehr verständige und lesenswerte Abhandlung. *G. Ewald* (Erlangen).

Hitschmann, E.: Telepatia e psicoanalisi. (Telepathie und Psychoanalyse.) Arch. gen. di neurol., psichiatr. e psicoanal. Bd. 6, H. 3/4, S. 210—219. 1925.

An zwei Beispielen von scheinbarem Hellsehen, das eine einem eigenen Erlebnis, das andere einer autobiographischen Darstellung des Dichters Max Dauthendey entnommen, weist der Wiener Psychoanalytiker nach, daß derartige Phänomene durch unbewußte Tendenzen der betreffenden Persönlichkeit ganz ebenso determiniert sind wie Träume und Phantasien anderer Art. Die zeitliche Koinzidenz des Phänomens mit dem scheinbar telepathisch wahrgenommenen oder vorausgesehenen Ereignis erklärt sich, sofern sie nicht auf einer tendenziösen Erinnerungstäuschung beruht, einfach dadurch, daß der Traum oder die Phantasie ohne diese zeitliche Übereinstimmung einfach vergessen worden wäre, daß also unter der vermutlich viel größeren Zahl ähnlicher Fälle nur jene reproduziert werden, bei denen die Koinzidenz vorlag. Maßgebend für die Produktion derartiger pseudotelepathischer Phäno-

Digitized by Google

mene ist eine infantile Eitelkeit, in der Sprache der Psychoanalyse Narcismus genannt, die für sich eine Art „Allmacht der Gedanken" in Anspruch nimmt. Zu dieser schon von Freud in seiner „Psychopathologie des Alltagslebens" vertretenen rationalistischen Aufklärung angeblicher Telepathie ist zu bemerken, daß Freud selbst diesen seinen u. E. bedeutsamen und richtigen Standpunkt in letzter Zeit zugunsten einer teilweisen Anerkennung der Telepathie aufgegeben hat. *Erwin Wexberg* (Wien).

Wagner-Jauregg: Drei Gutachten des Obersten Sanitätsrates, betreffend Demonstrationsvorträge auf dem Gebiete des Hypnotismus, der „Metapsychologie" und der „Parapsychologie". Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 43, S. 1163—1167. 1925.

Mit einer erfreulichen Klarheit und Knappheit nimmt Verf. zu der Seuche der Schaustellungen und Vereinsbetätigungen auf den genannten Gebieten Stellung: er hebt besonders die mit solchen Veranstaltungen verbundenen Schädigungen für Medien und Zuhörer hervor sowie den mit der Hypnose getriebenen Mißbrauch und die Beziehungen zur Kurpfuscherei. An den Statuten eines okkultistischen Vereins weist er nach, wie sich die Absicht öffentlicher Vorführungen hinter unverfänglich erscheinenden Satzungen verbergen kann. Den Behörden wird empfohlen: 1. ein Verbot der Veranstaltung von öffentlichen, allgemein zugänglichen okkulten Experimenten und ein Verbot der Ankündigung von derartigen Experimenten zu erlassen, 2. die Errichtung der betr. Vereine, Gesellschaften, Institute nicht amtlich zur Kenntnis zu nehmen, 3. auf Mißbräuche auf diesem Gebiete ein wachsames Auge zu haben. Es wäre sehr erwünscht, wenn die reichsdeutschen Behörden, Landes- und Ortsbehörden, sich gleichfalls diese Richtlinien zu eigen machen würden, und wenn die 3 Gutachten Wagner-Jaureggs im Wortlaut eine recht weite Verbreitung, z. B. durch Abdruck in den amtlichen Mitteilungen der Behörden und den Fachzeitschriften für beamtete Ärzte fänden. *Homburger* (Heidelberg).

Moll, Albert: Okkultismus und Psychologie. Psychol. u. Med. Bd. 1, H. 1, S. 39 bis 45. 1925.

Polemik gegen die mangelnde experimentelle Schulung mancher Okkultisten. *Kronfeld* (Berlin).

Allgemeine neurologische Diagnostik und Symptomatologie.

● **Mayer, H.: Compendium der Neurologie und Psychiatrie. (Speyers Compendien und Repetitorien: II.) 14.—18. verm. u. umgearb. Aufl.** Freiburg i. B.: Speyer & Kaerner 1925. VIII, 191 S. Geb. G.-M. 3.—.

Von den zahlreichen Blüten, die das Büchlein schmücken, kann hier nur eine kleine Auslese gegeben werden. So ist „funktionell" immer noch das, wo sich anatomische Veränderungen nicht nachweisen lassen. Direkte Herdsymptome sind „stets dauernd". Krämpfe sind schlechthin „Hyperkinesis". Ihnen koordiniert sind Chorea, Athetose, Zittern usw. Von der Hypotonie wird nur mitgeteilt, daß sie auf Schädigung des peripheren motorischen Neurons beruht. Daß das Kleinhirn, das überhaupt stiefmütterlich behandelt ist, etwas mit dem Tonus zu tun hat, wird dem Leser verheimlicht. Wenn auch nur für die Prüfung bestimmt, ist der Nutzen solcher Bücher mehr als zweifelhaft. Als Ergänzung von Lehrbüchern sind sie überflüssig, als Ersatz derselben direkt schädlich. *M. Kroll* (Minsk).

Potter, La Forest: Mental and physical strain (tension) in relation to disease, notably chronic catarrhal otitis and eye defects. (Beziehungen psychiatrischer Momente zu Ohren- und Augenkrankheiten.) Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. 62, Nr. 6, S. 612—619. 1925.

Verf. sucht zu zeigen, daß bei zahlreichen Erkrankungen des Auges und des Ohres psychische Momente in der Ätiologie eine sehr große Rolle spielen und daß für die Behandlung psychische Beeinflussung wichtig ist. So können auch Erkrankungen, die man vielfach als unheilbar angesehen hat, noch günstig beeinflußt werden. Daneben spielen aber physikalische Methoden, vor allem Bestrahlung eine große Rolle. *Erich Stern* (Gießen).

Adrogué, Esteban, und Manuel Balado: Diagnostischer Wert der Pupillendifferenz bei Hirndruck. (*Inst. de clín. quir., univ., Buenos Aires.*) Prensa méd. argentina Jg. 11, Nr. 9, S. 301—304. 1924. (Spanisch.)

Aus 4 Fällen seiner Beobachtung — 3 Hirntumoren, 1 Hirnabsceß — schließt Verf., daß zum Zustandekommen der Mydriasis bei Hirndruck eine Beteiligung des N. oculomotorius nicht notwendig ist. Er führt das Symptom auf Druck des überfüllten Ventrikels auf das Dilatatorzentrum im Hypothalamus zurück. Bei einseitiger Entleerung durch Ventrikelpunktion sah er Verschwinden der Mydriasis auf der gleichen Seite. *Reich* (Breslau).

Digitized by Google

Inman, W. S., and F. H. Lawson: The non-luetic Argyll Robertson pupil. (Die nichtluetische Argyll-Robertsonsche Pupille.) Brit. med. journ. Nr. **3390**, S. 1179 bis 1180. 1925.

Als Ergänzung einer Reihe ähnlicher, von Moore veröffentlichter Fälle berichtet Inman über 2 Fälle von nichtluetischer, lichtstarrer Pupille. Er fand diese Veränderung nur bei Frauen und nur am linken Auge und stellte als Ursache stets eine schwere seelische Erregung (Tod des Vaters z. B.) fest. I. faßt diese Pupillenstörung als eine Störung des sympathischen Nervensystems auf, nicht als infektiös oder toxisch. — Lawson fügt diesen Fällen noch einen weiteren hinzu, der das rechte Auge einer 33jährigen Frau betraf, bei der keinerlei luesverdächtige Zeichen an Reflexen, im Blut, Liquor usw. gefunden werden konnten.

Alfred Schreiber (Hirschberg i. Schles.)

Rehfeldt, Charles Sixtus: Control of intractable singultus (hiccough) through the nasal (sphenopalatine-Meckel's) ganglion. (Abhängigkeit eines unbeeinflußbaren Singultus vom Ganglion sphenopalatinum.) (*Laryngol. dep., Washington univ., med. school, St. Louis.*) Laryngoscope Bd. **35**, Nr. 5, S. 354—357. 1925.

In 2 Fällen von schwerem, tagelang anhaltendem Singultus, der therapeutisch nicht zu beeinflussen war und durch Störung der Nahrungsaufnahme und des Schlafes zu hochgradiger Erschöpfung geführt hatte, gelang es schließlich, durch Cocainisierung des Ganglion sphenopalatinum den Singultus zu coupieren. In beiden Fällen wies der Nasenrachenraum entzündliche Erscheinungen mäßigen Grades auf. Interessant ist, daß in dem einen Falle nach mechanischer Reizung des linken Ganglion sphenopalatinum (Pinselung mit 50proz. Silbernitratlösung) der Singultus wieder einsetzte und nach Cocainisierung der gleichen Stelle, die sich deutlich entzündet und ödematös markierte, prompt verschwand. *Taterka* (Berlin).

Sselizkij: Zur Frage der Hemialgien und Hemimyalgien. Žurnal nevropatologii i psichiatrii Jg. **18**, Nr. 1, S. 19—28. 1925. (Russisch.)

Beschreibung von 4 Fällen von zentralen Lähmungen, in den Schmerzen in den gelähmten Gliedern bestanden. In 3 Fällen war die Pyramidenbahn in der innern Kapsel lädiert, im vierten die Rinde von c.a. Druckempfindlich waren dabei auch die peripheren Nerven, außer dem Ulnaris. Ebenfalls waren auch die Muskeln schmerzhaft auf Druck. *M. Kroll* (Minsk).

Ruttin, Erich: Über doppelseitige Jugularisunterbindung und Schädigungen durch Jugularisunterbindungen überhaupt. (*Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkrankh., Wien.*) Beitr. z. Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie d. Ohres, d. Nase u. d. Halses Bd. **22**, H. 3/4, S. 156—161. 1925.

Bei etwa 600 Fällen von Jugularisunterbindungen in den letzten 20 Jahren sah Verf. 6 (= 1%), in denen offenbar mit der Unterbindung zusammenhängende Schädigungen entstanden: 1 Hemiplegie, 1 mal einseitige, lange anhaltende Hyperhidrose, 3 mal Heiserkeit (Schädigung des N. laryngeus), 1 Todesfall infolge Blutung durch reine Stauungsschädigung, vielleicht bei septisch geschädigtem Gefäßsystem. Bei der doppelseitigen Sinusausschaltung bzw. Jugularisunterbindung wird, soweit dies theoretische Erwägung entscheiden kann, das Gefahrenmoment wohl ungleich sein, je nachdem die Unterbindung auf beiden Seiten gleichzeitig, rasch hintereinander oder erst längere Zeit nacheinander vorgenommen wird. Fälle von gleichzeitig auf beiden Seiten vorgenommener Jugularisunterbindung sind aus der Literatur nicht bekannt. *Mendel.*

Snapper, J.: Beitrag zum Wesen der Verbreitung der Echinokokkuskrankheit, dargestellt nach den Erfahrungen der Ausbreitung dieser Krankheit in den nördlichen Provinzen Hollands. Krankheitsforschung Bd. **2**, H. 2, S. 87—115. 1925.

Die wertvolle Arbeit bringt viele ältere und neue Mitteilungen über die Verbreitung des Echinokokkus bzw. der Taenia echinoc. In der holländischen Provinz Friesland ist der Echinokokkus sehr häufig, doppelt so häufig als in Mecklenburg. Die Quelle der Infektion bilden in Friesland die Schafe, 37% derselben sind mit Ech. behaftet. Die Schlachtabfälle werden nicht kontrolliert, sie dienen zur Ernährung der zahlreichen Karrenhunde. 12% dieser Hunde sind Träger der Taenia ech. Bezüglich der Häufigkeit des Echinokokkus des Zentralnervensystems enthält die Arbeit keine Angaben.

Henneberg (Berlin).

Ossinskij, W.: Zur Frage der Encephalographie. Vestnik rentgenologii i radiologii Bd. **3**, Nr. 1, S. 45—51. 1924. (Russisch.)

Verf. hat 15 Fälle von Encephalographie und 3 Fälle von Ventriculographie in

Digitized by Google

dem staatlichen Röntgeninstitut in Leningrad beobachtet. In den Fällen von Encephalographie handelte es sich 1 mal um Kleinhirntumor, je 2 mal um cerebrospinale epidemische Meningitis, um cerebrospinale Lues, um akute Encephalitis und seröse Meningitis, je 1 mal um akute Ependymitis und Schädelbasisfraktur, 4 mal um Epilepsie. Am Anfang der Operation stieg der Blutdruck, um während derselben stetig, aber langsam zu fallen. Der Puls wurde am Anfang stets frequenter, des weiteren wurde er stets langsamer, weniger gespannt und oft arhythmisch. Nach der Operation immer heftige Kopfschmerzen, Temperatursteigerungen von 0,5—2°, manchmal Erbrechen usw. Diagnostisch nichts Neues. Therapeutisch in einigen Fällen guter Erfolg, besonders bei einem Epileptiker. *M. Kroll* (Minsk).

Bruskin, J., und S. Frenkel: Die diagnostische Bedeutung der Encephalegraphie bei Gehirnerkrankungen. Vestnik rentgenologii i radiologii Bd. **3**, Nr. 5, S. 259—274. 1925. (Russisch.)

Die Verff. verfügen über ein Material von 25 Fällen. Sie stellen als Kontraindikation eitrige Prozesse im Gehirn auf. Nach vielen Autoren ist auch bei Tumoren der hinteren Schädelgrube die Encephalographie kontraindiziert. In 7 Fällen fehlten jede Veränderungen von Seiten der Ventrikel und der Subarachnoidalräumen. Von diesen Fällen wurden 3 operiert. In dem einen erwies sich ein Tuberkel in Ca, im 2. Fall wurde ein Cysticercus aus der motorischen Region entfernt, im 3. Falle erwiesen sich Verwachsungen zwischen Hirn und Häuten. Diese negativen Befunde bei der Encephalographie lehren, daß man derselben keine absolute Bedeutung beimessen darf. Zur 2. Gruppe gehören Fälle, wo die Encephalographie Veränderungen zeigte, die mit den klinischen Erscheinungen in Einklang standen und auch teilweise auf dem Operationstisch bestätigt werden konnten. Die Verff. hatten keine Todesfälle der Encephalographie zuzuschreiben. Im Gegensatz zu Jüngling, der 64% von Fehldiagnosen bei Encephalographie hatte, war von den 25 Fällen der Verff. nur in 3, d. i. in 12% die encephalographische Diagnose fehlerhaft. *M. Kroll* (Minsk).

Trömner, Ernst: Heilwert der Hirnluftfüllung. (Lebensrettende Wirkung.) (*Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.*) Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 22, S. 1065 bis 1066. 1925.

Bericht über erfolgreiche Luftfüllungen des Gehirns bei Meningitis und Epilepsie. Bei einem 16jährigen Mädchen kam es im Anschluß an einen septischen Abort zu epileptischen Dauerkrämpfen und finalen Erscheinungen. Nach Ablassen des toxischen Liquors und Einblasen von Luft schnelle Besserung. Auch bei einem Paralytiker besserten sich die bedrohlichen Krampfanfälle nach dieser Maßnahme. Im übrigen mahnt Trömner zur Vorsicht mit der Luftfüllung bei Paralytikern, da er 2 Todesfälle zu beklagen hatte. *E. Heymann* (Berlin).

Gordon, Murray B., and A. L. Loomis Bell: A roentgenographic study of the sella turcica in abnormal children. (Röntgenstudie der Sella turcica abnormer Kinder.) (*Endocrine clin., Long Island coll. hosp., Brooklyn.*) Endocrinology Bd. **9**, Nr. 4, S. 265—276. 1925.

An 64 psychisch-minderwertigen Kindern wurden Röntgenaufnahmen der Sella-Gegend gemacht zum Vergleich mit den Sella-Bildern normaler Kinder. Dabei ergaben sich keine Abweichungen der Form und Größe der Sella der abnormen Kinder. Die von Timme angegebene Vertiefung des Sulcus chiasmatis bei Mongolismus findet sich ebenso häufig bei normalen Kindern. *A. Schüller* (Wien).

Buscaino, V. M.: Ricerche sulla genesi e sull'importanza clinica delle reazioni nere, con il nitrato d'argento a caldo, nelle orine umane. II. Circostanze che condizionano la formazione di precipitati neri spiccati in orine umane patologiche. (Untersuchungen über die Entstehung und klinische Bedeutung der Schwarzreaktion, mit Silbernitrat in der Wärme, im menschlichen Urin. II. Umstände, die die Bildung der schwarzen Präcipitate im krankhaften Menschenurin bedingen.) (*Clin. d. malatt. nerv. e ment., univ., Firenze.*) Riv. di patol. nerv. e ment. Bd. **30**, H. 1, S. 10—61. 1925.

Berichtet wird über die Wichtigkeit der Chloride beim Zustandekommen der Schwarzreaktion des Urins sowie über die die chemischen Charaktere des Präcipitats. Die Arbeit ist sehr ausführlich, mit vielen Tabellen und Abbildungen belegt, interessiert

Digitized by Google

aber nur denjenigen, der sich eingehend mit dieser Reaktion, deren praktische Bedeutung gering ist, befaßt. *V. Kafka* (Hamburg).

Buscaino, V. M.: Ricerche sulla genesi e sull'importanza clinica delle reazioni nere, con il nitrato d'argento a caldo, nelle orine umane. IV. Risultati ottenuti con la detta reazione e fatti svelati da altre tecniche. (Untersuchungen über die Entstehung und klinische Bedeutung der Schwarzreaktion mit Silbernitrat in der Kälte, im menschlichen Urin. IV. Ergebnisse mit dieser Reaktion und Tatsachen, die mit anderer Technik gefunden wurden.) (*Clin. d. malatt. nerv. e ment., univ., Firenze.*) Riv. di patol. nerv. e ment. Bd. **30**, H. 5, S. 405—449. 1925.

Tabellarische Zusammenstellung der bisher mit der Schwarzreaktion erhobenen Befunde bei verschiedenen Krankheiten und Deutung der Reaktion. (III. vgl. dies. Zentrlbl. **41**, 180.) *V. Kafka* (Hamburg.)

Allgemeine psychiatrische Diagnostik und Symptomatologie.

Ladame, Ch.: Géographie psychiatrique et prophylaxie mentale. (Geisteskrankheit und deren Prophylaxe in Rücksicht auf die geographische Verbreitung.) Prophylaxie ment. Jg. **1**, Nr. 1/2, S. 23—27. 1925.

Ladame gibt eine kurze Übersicht der wissenschaftlichen Untersuchungen über die geographische Verbreitung von Geisteskrankheiten, aus denen dann Schlüsse gezogen wurden über den Einfluß der Bodenbeschaffenheit (Gebirge oder Ebene, feuchter oder trockener Boden, kalkarmer oder kalkreicher Boden usw.), der mehr oder weniger starken Industrialisierung, der Verarmung der Bevölkerung auf das Entstehen von Kretinismus, Idiotie, Epilepsie, erworbenen Geistesstörungen usw. Der Autor beklagt es, daß diese Untersuchungen, von denen einige sehr wertvoll gewesen sind, ungerechterweise wieder in Vergessenheit geraten sind, und er tritt warm dafür ein, Untersuchungen solcher Art auf neuer Grundlage wieder aufzunehmen, um Handhaben für eine Prophylaxe zu gewinnen. *Jacobsohn-Lask* (Berlin-Lichterfelde).

Ewald, G.: Krankheitseinheit und Reaktionsform. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 5, S. 777—782. 1925.

Selbstverständlich denkt Ewald nicht daran, die Berechtigung der „mannigfachsten Reaktionstypen, Äußerungsformen und Erlebnisweisen" zu bestreiten. Sie genügen ihm aber nicht zur nosologischen Einordnung. Er will es nicht aufgeben, nach den somatischen Grundstörungen zu suchen; nur diese können nach seiner Meinung die Grundlage abgeben für eine „naturwissenschaftlich fundierte Systematik von Krankheitseinheiten". *Eugen Kahn* (München).

Ameghino, Arturo: Geistesgestörte Bahn- und Schiffsschaffner. Rev. de criminol. psiquiatria y med.-leg. Jg. **12**, Nr. 70, S. 385—391. 1925. (Spanisch.)

Ein Vorkommnis, das sich in der Nähe von Buenos Aires zutrug (ein geisteskranker Passagier [Maschinist] sprang auf einer Station plötzlich auf die Maschine des Zuges und hatte sie in Gang gesetzt, ehe er überwältigt werden konnte) gab Verf. Anlaß, sich mit der Bedeutung solcher Ereignisse zu beschäftigen, speziell zu prüfen, ob mit derartigen Gefährdungen der Allgemeinheit als etwas Häufigem zu rechnen ist. Das statistisch verarbeitete Material und allgemeine Überlegungen offenbarten die Seltenheit derartiger Vorfälle und lehren, daß die Eisenbahn-, Schiffs- usw. Gesellschaften im allgemeinen schon durch die Doppelbesetzung wichtiger Posten (auf der Lokomotive z. B. durch Führer und Heizer) Vorkehrung gegen derartige Gefährdungen getroffen haben, so daß an und für sich wünschenswerte, aber praktisch kaum genügend häufig durchzuführende ärztliche Untersuchungen des Personals auf den Geisteszustand nicht absolut nötig erscheinen. *Pfister* (Berlin-Lichtenrade).

Woskressenski, S.: Über den Basen-, insbesondere Ammoniakstickstoffgehalt des Großhirns bei verschiedenen Psychosen. (*Laborat. d. Irrenanst., Tambow [Rußl.].*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **98**, H. 5, S. 751—754. 1925.

Von dem pulverisierten, luftgetrockneten Hirnbrei von 7 Gehirnen wurde der Gesamtstickstoff nach Kjeldahl und der Ammoniakstickstoff bestimmt. Eine scheinbare Verringerung im Gesamtstickstoff sucht der Verf. bei den genannten Fällen (Manisch-Depressiv, Epilepsie und Hebephrenie) durch eine in der Anstalt durchgemachte Hungerperiode zu erklären (?). Sonst sollen sich im Stickstoffgehalt Manien

Digitized by Google

und Schizophrene entgegengesetzt verhalten, bei letzteren wurden erhöhte Werte gefunden. *F. Georgi* (Breslau).

Brailovsky, V., M. Tschalissow und M. Bèrlin: Über 24stündige Schwankungen der Katalase bei Nerven- und Geisteskranken. (*Psychoneurol. Univ.-Klin., Rostow a. D.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **98**, H. 5, S. 743—750. 1925.

Die Verff. haben mit der Mikromethode nach Bach und Subkowa die Blutkatalase während 24 Stunden bei Gesunden sowie bei Nerven- und Geisteskranken geprüft und die verschiedenen Schwankungen festgestellt. Sie kamen zu folgenden Ergebnissen: Die Schwankungen des Katalasegehaltes bewegen sich bei Gesunden zwischen 26 und 38%, bei Nerven- und Geisteskranken zwischen 23 und 48% des Tagesmittels. Während des Schlafes hat die Katalasekurve Neigung zum Sinken; fällt sie nicht, so wird sie flacher und steigt beim Aufwachen und psychischer Tätigkeit wieder an. 1—3 Stunden nach dem Essen wird ein Sturz des Katalasegehaltes beobachtet. Zwischen Affekten und Katalasegehalt besteht ein Zusammenhang: „Chronische Affektivität macht die Katalasekurve mehr hüpfend, akute Affekte sind an den Kurven durch starke Stürze und Ansteigen gekennzeichnet. Die Herabsetzung der Affektivität stimmt mit der Verflachung der Katalasekurve überein." *V. Kafka* (Hamburg).

Obregia, A., A. Popea et C. Giurgiu: Le tonus du système végétatif chez les malades atteints de psychoses. (Der Tonus des vegetativen Systems bei Geisteskranken.) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 27, S. 744—746. 1925.

Die Prüfung nach Danielopolu mittels Atropin ergab bei Schizophrenen vorwiegend eine Tonuserhöhung des Vagus und Sympathicus (Amphotonie), bei Manischen meist Tonusherabsetzung in diesen Systemen, ähnlich bei Melancholikern und Alkoholpsychosen. Bei Paranoia waren die Verhältnisse schwankend. Allerdings erscheint das Material viel zu klein, um allgemeine Gesetzmäßigkeiten aufzustellen. *Spiegel* (Wien).

Löwy, Max: Plethora, Meteorismus und Psyche. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. **60**, H. 2, S. 101—116. 1925.

Verf. äußert sich in einer stilistisch wie gedanklich oft schwer zu übersehenden Darstellung über die Wechselbeziehungen, die zwischen dem Syndrom der Plethora, dem Symptom des Meteorismus und einem psychischen Habitus bestehen. Er erörtert zunächst die Beziehungen zwischen Plethora und Zwerchfellhochstand. Er nimmt an, daß es sich hierbei vor allen Dingen um eine Zirkulationsstörung im Splanchnicusgebiet handelt. Die Splanchnicusinnervation kann dabei auch durch Flüssigkeitsretention, Stauungen sowie toxische und schließlich auch psychische Momente beeinflußt werden. Bei den psychischen Einwirkungen handelt es sich hierbei pathogenetisch gesehen etwa um das gleiche wie bei den vom Verf. als „meteoristische Unruhebilder" bezeichneten Zuständen. Nach Ansicht des Verf. können psychische Alterationen infolge starker Gasansammlungen im Darm in den verschiedensten Graden auftreten, von geringen körperlichen Beschwerden bis zu Halluzinationen. Inwieweit eine konstitutionelle Grundlage zur Entstehung solcher „Unruhebilder" notwendig ist, ist nach Ansicht des Verf. noch nicht genügend geklärt. Der Meteorismus und seine geschilderten Folgen treten nach Verf. besonders häufig bei Plethorikern auf. Verf. weist ferner auf die Beziehungen hin zwischen dem Plethoriker und dem pyknischen Habitus von Kretschmer sowie zum manisch-depressiven Irresein. Schließlich werden noch Beziehungen zwischen dem Syndrom und dem endokrinen System angedeutet.

S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

Girone, Vincenzo: La reazione Buscaino. Contributo clinico-sperimentale. Nota prev. (Die Buscainosche Reaktion.) Manicomio Jg. **38**, Nr. 1, S. 35—58. 1925.

Buscaino nimmt an, daß die Dementia praecox, Amentia und die amyostatischen Syndrome auf eine Intoxikation des Z.N.S. durch im Dünndarm von Tbc.-ähnlichen Bakterien geformte Amine zurückzuführen seien. Diese Amine wären auch im Urin der Kranken nachzuweisen, und zwar durch Zusetzen und Kochen von 1 Teil 5proz. Silbernitratlösung zu 2 Teilen Urin. Dabei würden verschiedene Färbungen auftreten, die von Weiß ins Schwarz gehen, und bei den dunkeln Färbungen durch die Gegenwart

Digitized by Google

von Aminen mit ammidazolischen Kerne bedingt wären (Istidin bei dem stark schwarzreagierenden Urin [vgl. dies. Zentrlbl. **43**, 282 und 283]). Die Reaktion wäre „schwarz" bei Amentia und Dementia praecox, braunschwarz bei Dementia praecox und Abscessen, grünlichschwarz bei Influenza, Encephalitis epid., Katatonie, Wilsonscher Krankheit, chronischer cerebellarer Ataxie, leicht grünschwarz bei Tuberkulose, weiß bei Normalen und bei Manie und Melancholie. Verf. hat diese Beobachtungen Buscainos nachgeprüft und hat festgestellt, daß unter 36 Fällen von Dementia praecox die Reaktion nur 11 mal positiv war, so daß sie für diese Krankheit nicht als spezifisch anzusehen wäre, hingegen erscheint sie in allen Verwirrtheitsstadien der verschiedensten Geisteskrankheiten und wäre so als ein Zeichen von Störungen des Organismus und vielleicht von Hirnrindenstörungen anzusehen, wie aus den Reaktionsveränderungen hervorgeht, die während epileptischer Anfälle, Exitations- und Konfusionszuständen zu beobachten sind. Die B.R. erscheint auch transitorisch bei Störungen des vegetativen Lebens (Magen-Darmstörungen, Fieber). Die Reaktion hat, ohne einen absoluten Wert beanspruchen zu können, doch eine gewisse Wichtigkeit, indem sie mit ihren Intensitätsveränderungen Aufschlüsse über den Momentanzustand der Patienten erlaubt. *Enderle* (Rom).

Révész, Béla: Die Stimmung bei Geisteskranken. (Zugleich ein Versuch einer Erklärung der „Mischzustände". (*Staatsirrenanst., Sibiu [Rumän.].*) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. **83**, H. 1/2, S. 79—91. 1925.

Verf. sucht nach einer geeigneten Umgrenzung des Begriffes der „Stimmung", um diese dann für die psychiatrische Krankheitseinteilung nutzbar machen zu können. Mit Recht beginnt er mit den auf dem Vitaltonus sich aufbauenden Grundstimmungen (Lebensgefühlen), fügt dann aber wieder sämtliche reaktiven Einflüsse hinzu, so daß „Stimmung" schließlich Summe aller gleichzeitig wirksamen, vitalen und motivierten (reaktiven) Gefühle wird. Das ist psychologisch weiter nicht anzufechten, muß aber natürlich dazu führen, daß Verf. schließlich „Stimmungswechsel" bei allen Geisteskrankheiten findet. Die Mischzustände sind ihm Interferenzerscheinungen zwischen der (vitalen) Grundstimmung und Stimmungseinflüssen entgegengesetzter Art. Richtig, aber natürlich nicht neu ist, daß die Manie und Melancholie sich nicht restlos psychologisch erfassen lassen. Die Frage, warum sich gelegentlich eine Manie oder Melancholie scheinbar oder wirklich im Anschluß an ein Erlebnis entwickelt, dürfte nur von biologischer Seite her und nicht von psychologischer Seite aus beantwortet werden können. Die Arbeit läßt eine recht klare Linie vermissen. *G. Ewald* (Erlangen).

Fischer, Siegfried, und Walter Welke: Eine neue Art von Trugwahrnehmungen. (Anschauungsbilder mit Realitätscharakter.) (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Breslau.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **76**, H. 2, S. 143—162. 1925.

Die Verff. beobachteten bei eidetisch veranlagten, meist psychopathischen Jugendlichen subjektive optische Anschauungsbilder mit Realitätscharakter. Meist traten die Phänomene ohne Vorlage auf, ihr Inhalt war gefühlsbetont, ihr Erscheinen nicht fremd und unerwartet, ihr Verschwinden durch den Gedankengang und äußere Reize beeinflußbar. Alle die erwähnten Merkmale sind in ihrer Ausprägung recht graduell, so daß die Abgrenzung dieser Trugwahrnehmungen gegenüber den echten, vor allem aber gegenüber den psychogenen Halluzinationen nicht scharf gelingen kann. *Kurt Schneider.*

Mayendorf, Niessl v.: Ein Fall von umschriebener Halluzinose und vom Gehirnmechanismus der Halluzination. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 1/2, S. 313—328. 1925.

Im Anschluß an die Beschreibung eines Falles von „idiopathischer Halluzinose" auf hereditär-degenerativem Boden wirft Verf. die Frage auf, wodurch in solchen Fällen das Vorstellungsbild zum Wahrnehmungsbild wird. Er findet eine psychologische Erklärung unmöglich und fordert also eine physiologische. Als solche schlägt er die Annahme vor, daß eine durch zentrale Ursachen hervorgerufene Hyperämie in der unmittelbaren Umgebung einer in die Rinde eintretenden Sinnesbahn in dieser einen

Digitized by Google

Erregungszustand bewirkt, der mit dem durch den peripheren Sinnesreiz im Zentralorgan gesetzten identisch ist. „Das Bewußtwerden dieser Identität als einer natürlichen Reaktion des ganzen Vorderhirns auf die abnorme Dilatation der Markarterien wird sich dann mit dem Erscheinen einer Sinneswahrnehmung notwendig decken."

E. Küppers (Freiburg i. Br.).

Obarrio, Juan M.: Über 4 Fälle von Liliput-Halluzinationen. Rev. de la asoc. méd. argentina (Soc. argentina de neurol. y psiquiatria) Bd. **37**, Nr. 233, S. 65—74. 1924. (Spanisch.)

Verf. beschreibt unter Hinweis auf die Literatur mehrere Fälle von Liliput-Gesichtstäuschungen, so bei einem Paralytiker, bei zwei Alkoholisten, bei einer depressiven Frau, wo sie nach Art hypnagoger Halluzinationen nur bei Veronalgebrauch auftraten, und erwähnt einen Kollegen, wo sie ebenfalls im Moment des Einschlafens sich einstellten. Zum Teil blieben die halluzinierten Personen bzw. Vorgänge nach Art eines Films — ungefärbt — in einer Ebene, seltener erschienen sie in wechselnder Entfernung. *Pfister* (Berlin-Lichtenrade).

Kauders, Otto, und Paul Schilder: Einseitige Sinnestäuschungen mehrerer Sinne. Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. **44**, H. 2/3, S. 203—210. 1925.

Kasuistische Mitteilung zweier Fälle (der eine wahrscheinlich ein Tumor, der andere eine Alkoholhalluzinose mit deliranten Zügen), bei denen sich die Sinnestäuschungen ausgesprochen einseitig lokalisierten und gleichzeitig sich auf mehreren Sinnesgebieten abspielten. Es scheint, als würden Halluzinationen nach ganz ähnlichen psychischen Mechanismen einseitig lokalisiert, wie dies bei psychogenen Symptomen geschieht. *B. Kihn* (Erlangen).

Sachs, M.: Notizen zur Lehre von den phantastischen Gesichtserscheinungen. (*Wiedner Krankenh., Wien.*) Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. **57**, S. 464—472. 1925.

Historisch-kritische Betrachtungen zu Johannes Müllers Lehre von den phantastischen Gesichtserscheinungen. Die Entstehung der Phantasmen wird so erklärt, daß zentrifugal verlaufende Erregungen unbekannter Herkunft in der Netzhaut sinnliche Färbung erhalten, von wo aus wieder eine rückwärtige zentripetale Bewegung erfolgt. Bildende Künstler scheinen die Gabe zu besitzen, phantastische Gesichtserscheinungen bei vollem Wachen hervorzurufen.

Berthold Kihn (Erlangen).

Allen, Charles Lewis: Affectivity-its importance in practical medicine. (Die Bedeutung der Affektivität für die praktische Medizin.) California a. Western med. Bd. **23**, Nr. 12, S. 1571—1576. 1925.

Kurze Übersicht über die modernen Anschauungen von der Bedeutung der Affekte — im Anschluß an Freud, Bleuler, Kretschmer u. a. — und ihren Zusammenhang mit innersekretorischen Vorgängen. Besprechung der bekannten Affektwirkungen bei manisch-depressivem Irresein, bei Psychoneurosen und bei Schizophrenie. In der Diskussion fällt ein Vorschlag A. F. Rosanoffs auf, die Nebennieren bei Depressionen operativ zu reduzieren (!). Sonst nichts Neues. *Leyser* (Gießen).

Therapie.

Keeser, E., und J. Keeser: Zur Frage der Arsengewöhnung, (*Pharmakol. Inst., Univ. Berlin.*) Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. **109**, H. 5/6, S. 370—377. 1925.

Die Annahme, daß die Gewöhnung an Arsenik auf einer zunehmenden Undurchlässigkeit der Darmwand für Arsen beruht, kann nicht richtig sein, da nach Versuchen von Joachimoglu und Kübler bei steigender Zufuhr von gepulvertem Arsenik die im Urin erscheinende Menge Arsen absolut zunimmt. Die Gewöhnung an Arsenik beruht mit größerer Wahrscheinlichkeit in einer Zunahme der Resistenz der Darmschleimhaut gegenüber der entzündungserregenden und nekrotisierenden Wirkung des Arseniks und einer dadurch bedingten relativ geringeren Resorption. Doch ist diese Gewöhnung nur eine beschränkte und gegenüber gelöstem Arsenik unzureichend.

Erich Guttmann (München).

Schmitz, Hans: Die Opiumbehandlung bei Geisteskrankheiten insbesondere bei Melancholie, ihre Geschichte, ihr heutiger Stand und eigene Erfahrungen. (*Sanat. Rockwinkel f. Nerven- u. Gemütskranke, Oberneuland-Bremen.*) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. **83**, H. 1/2, S. 92—113. 1925.

Historischer Überblick über die Anwendung der Opiumbehandlung mit Ergebnissen einer

Digitized by Google

umfassenden Rundfrage über die jetzt geübte Opiumtherapie. Mitteilung eigener Erfahrungen. Die Erfolge sind natürlich lediglich symptomatische Besserungen verschiedenen Ausmaßes. *G. Ewald* (Erlangen).

Weinberg, F.: Erfahrungen mit Veramon. (*Univ.-Poliklin. f. Gemüts- u. Nervenkranke, Frankfurt a. M.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 46, S. 1914. 1925.

Veramon (0,2—0,4—0,8 g) wird als Analgeticum gelobt. Versagen des Mittels deutet auf bestehende Hysterie. Gute Erfolge bei allen Formen des nervösen Kopfschmerzes, bei Neuralgien, Neuritiden, tabischen Krisen, Lumbago, Osteomalacie, Zahnschmerzen. *Kurt Mendel.*

Lackerbauer, J.: Phanodorm in der Anstaltspraxis. (*II. niederbayer. Heil- u. Pflegeanst., Mainkofen.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 1/2, S. 329—332. 1925.

Phanodorm (Friedr. Bayer & Co.) ist ein neues Derivat der Barbitursäure. Bei leichteren Fällen nervöser Agrypnie 0,2—0,3 g, bei schweren Erregungszuständen und Schlafstörungen 0,4—0,5. Zählt Phanodorm auch nicht zu den stärksten Hypnoticis, so kann es doch auch für die Anstaltspraxis als gutes, gut bekömmliches und unschädliches Hypnoticum empfohlen werden. Keine Nachwirkungen. *Kurt Mendel.*

Silberstein, James: Zur Wirkung des Hypnodonals als zuverlässiges, unschädliches Einschläferungs- und Nervenberuhigungsmittel. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. **27**, Nr. 46, S. 467—470. 1925.

Das Mittel ist eine Kombination von Methylpropylcarbinolurethan und Paracetphenetidin mit einem geringen Codeinzusatz. Es eignet sich als Schlaf- und Beruhigungsmittel, besonders bei Neurosen des Kreislaufs und Magendarmsystems. Keine Kumulationen, keine Nebenwirkungen, keine Gewöhnung. *Bluhm* (Berlin).

Mehner, Heinz: Erfahrungen über die Anwendung eines neuen Schlafmittels „Prolongal" bei psychischen Erkrankungen. (*Städt. Nervenheilanst., Chemnitz.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 3/4, S. 531—535. 1925.

Prolongal (Friedr. Bayer u. Co.) gehört zur Harnstoffreihe, ist dem Veronal verwandt. Tabletten zu 0,1 und 15 proz. Lösung in Ampullen zu 2 ccm. Bei heftig erregten Schizophrenen, erregten Paralytikern und Imbezillen, bei agitierter Melancholie, epileptischem Erregungszustand wurde Prolongal mit gutem Erfolge intramuskulär injiziert, bei leichten Formen von Melancholie und Schizophrenie, leichten Erregungszuständen, seniler und arteriosklerotischer Demenz, Schlafstörung nach Chorea, funktioneller Agrypnie genügte fast stets die innerliche Verabreichung (0,1—0,3 g). Bei stärksten Erregungszuständen wurde 0,3 Prolongal (intramuskulär) + 0,001 Hyoscin gegeben. Für die Dauernarkose dürfte 3—4 mal täglich 0,6 Prolongal, evtl. in Verbindung mit Hyoscin, genügen. *Kurt Mendel.*

Weiss, Rud. Fritz: Klinische Erfahrungen mit Somnifen. (*Sanat. Woltersdorfer Schleuse, Berlin.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 48, S. 1986—1988. 1925.

Verf. verwandte Somnifen, das in seiner chemischen Zusammensetzung dem Veronal nahesteht, hauptsächlich als allgemeines Schlafmittel, u. zw. mit gutem Erfolg. Gleichzeitig zeigte sich ein deutlicher, oft sogar ganz auffallender sedativer Effekt. Daher als abendliches Beruhigungsmittel bei psychoneurotischen Angst- und Erregungszuständen sowie bei Stimmungsanomalien zu empfehlen. Somnifen wird gut vertragen. Nur ausnahmsweise kamen Versager vor. Dosis: 30—40—50 Tropfen als Schlafmittel. Evtl. vermischt mit der gleichen Tropfenzahl Baldriantinktur unter Hinzufügung von 2—3 Tropfen 10 proz. Mentholspiritus (besonders bei magenempfindlichen Kranken). Somnifen kann auch tief intramuskulär gegeben werden, ferner auch rectal (50—70 Tropfen Somnifen in 5—10 ccm Wasser mittels Glycerinspritze). Bei organisch bedingten Schmerzen mit Unruhe bewährte sich die Kombination von Somnifen mit Morphium (oral oder rectal). Zur Einleitung der Hypnose, bei Angst- und Erregungszuständen, Pruritus, Singultus, Angina pectoris nervosa, Hypertonie, Morphium- und Alkoholentziehungskuren leistete Somnifen gute Dienste. *Kurt Mendel.*

Digitized by Google

Pavlovitch, A.: Le somnifene en injections intra-veineuses et le traitement de l'agitation dans les maladies mentales. (Intravenöse Somnifen-Einspritzungen und die Behandlung von Erregungszuständen bei Geisteskranken.) Arch. internat. de neurol. Jg. 44, Bd. 2, Nr. 5, S. 185—186. 1925.

Warme Empfehlung der intravenösen Somnifen-Einspritzungen bei Erregungszuständen aller Art, insbesondere auch beim Transport von erregten Geisteskranken; eine Gegenindikation gibt nur hochgradige körperliche Schwäche ab. *Seige* (Bad Liebenstein).

● **Marcuse, Julian: Luft- und Sonnenbäder. Ihre Bedeutung für Leben und Gesundheit.** Stuttgart: Ferdinand Enke 1925. 83 S. G.-M. 4.—.

Die für weiteste Kreise bestimmte kleine Schrift setzt sich mit Eifer für Vermehrung und Benutzung von Luft- und Sonnenbädern ein und schildert die Unterschiedlichkeit ihrer Wirkung und die Arten ihrer Anwendung. *Krambach* (Berlin).

Grober: Indikationen und Verwendung des Höhenklimas. Zeitschr. f. d. ges. physikal. Therapie Bd. 30, H. 4, S. 171—189. 1925.

Der Verf. bespricht die Wirkung des für die Therapie praktisch in Betracht kommenden Höhenklimas, d. h. des mitteleuropäischen Klimas in 800—1800 m Höhe, auf Atmung, Stoffwechsel und Kreislauf und behandelt anschließend die Anzeigen und Gegenanzeigen hinsichtlich der einschlägigen Erkrankungen. Als klimatische Faktoren sind anzusprechen die Abnahme des Luftdruckes, die Trockenheit und Reinheit der Luft, die starke Wärme- und chemische Strahlung und die besonderen Verhältnisse der Bewölkung und der Luftbewegung. Im Bereich der Atmung ist zu erwähnen die durch die Luftdruckverminderung bedingte Steigerung der Atmungsfrequenz und des Atemvolums, die durch die Lufttrockenheit verursachte Abdunstung der Flüssigkeiten des Körpers und die an der Hypertrophie der rechten Herzkammer erkannte Blutfüllung der Lungengefäße. Für die Lungentuberkulose kommt in Frage wesentlich die vertiefte Atmung und erhöhte Durchblutung der Lunge, die Reinheit, Trockenheit und Wärme der Luft und der gesteigerte, zu Ansatz stickstoffhaltiger Substanz führende Stoffwechsel. Im Anschluß werden die Anzeigen sowie die relativen und absoluten Gegenindikationen des Höhenklimas bei Lungentuberkulose genauer erörtert, für deren individualisierende Beurteilung die funktionelle Diagnostik einschließlich der physikalisch-therapeutischen Methoden als bisher wenig angewandtes Hilfsmittel empfohlen wird. Besondere Hervorhebung findet die vorteilhafte Wirkung des längeren Höhenaufenthaltes auf die kindliche Bronchialdrüsentuberkulose durch Anregung des Stoffwechsels und auf die Verwachsungen des Rippenfells durch die Vertiefung der Atmung. Für den anerkannt günstigen Einfluß auf das Bronchialasthma wird die Atmungssteigerung, die Luftreinheit und die vermehrte atmosphärische Strahlung besonders im ultravioletten Teil des Spektrums in Erwägung gezogen und auf die Notwendigkeit stufenweiser Akklimatisierung namentlich bei jugendlichen Asthmatikern hingewiesen. Von der Höhenveränderung des Stoffwechsels, die durch Steigerung des Gaswechsels und Ansatz N-haltiger Substanzen gekennzeichnet ist, wird bei Rekonvaleszenten, fetten Menschen mit torpidem Stoffwechsel, Gichtikern und Diabetikern mit Erfolg Gebrauch gemacht. Die günstige Wirkung auf die Basedowsche Krankheit, die übrigens besondere Vorsicht voraussetzt, ist zwar theoretisch bisher nicht zu erklären, aber unbestreitbare Erfahrungstatsache. Der Einfluß der Höhe auf die Kreislauforgane besteht im wesentlichen in Vermehrung der Herzschläge infolge der Luftdruckverminderung und des Sauerstoffmangles, Entzug der Flüssigkeit durch Verdunstung infolge der Lufttrockenheit, Schonung der bei Herzkranken oft hyperämischen Bronchialschleimhäute durch die Reinheit und Wärme der Luft. Das Verhalten des Herzschlagvolumens, das sich durch anfängliche Erhöhung anzupassen scheint, und des Blutdruckes, der beim Gesunden bei Eintritt von Sauerstoffmangel ansteigt, bedarf noch genauerer Untersuchung, kann aber praktisch im einzelnen Fall nach der Reaktionsfähigkeit auf bestimmte körperliche Arbeit beurteilt werden. Nach der Besprechung der zahlreichen Gegenindikationen (Dekompensation, starke Sklerose, hämorrhagische Diathesen) werden die Anzeigen angeführt, die sich auf Fälle von

Digitized by Google

anfänglicher und leichter Sklerose sowie die Herz- und Gefäßneurosen beschränken und eine genau abgestufte, allmähliche Akklimatisation erfordern. *Hans Roemer.*

Grünbaum, Robert: Zur Technik der Diathermiebehandlung der Hypophysengegend. (*Inst. f. physikal. Therapie v. Dr. R. Grünbaum, Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 35, S. 959—960. 1925.

Grünbaum empfiehlt nach dem Vorgang von Szenes die Diathermisierung der Hypophyse bei ovariellen Ausfallserscheinungen. Er benutzt 2 Diathermieapparate zur Behandlung. Ein Elektrodenpaar in der Größe 6×9 cm wird beiderseits an der Schläfengegend angelegt. Das zweite Elektrodenpaar ist ungleich. Die eine Elektrode — Größe 6×9 cm — wird an der Stirn befestigt und besitzt in der Mitte einen längsovalen Fortsatz zur Bedeckung der Nasenwurzel. Als Gegenelektrode kommt eine Bleiplatte — Größe 10×18 cm — auf den Nacken und obersten Teil des Rückens. Schließt man bei dieser Anordnung der beiden Elektrodenpaare die beiden Stromkreise, so kommt die Hypophyse unter Kreuzfeuer. Die Stromstärke variiert zwischen 150 und 300 M.A. in jedem Stromkreise. Die Behandlungsdauer steigt von 15 Min. mit Steigerungen von 5 Min. auf 30 Min. Jeden zweiten Tag wird eine Sitzung vorgenommen, und im ganzen werden 6—8 Sitzungen appliziert. Die Erfahrungen an 7 Fällen bestätigen die günstigen Angaben von Szenes. *M. Nothmann* (Breslau).

Brown, George E., and Alfred W. Adson: Calorimetric studies of the extremities following lumbar sympathetic ramisection and ganglionectomy. (Calorimetrische Studien an den Extremitäten nach Grenzstrangdurchschneidung und Exstirpation der Sympathicusganglien im Lumbalgebiet.) (*Div. of med., sect. on neurol. surg., Mayo clin. a. Mayo found., Rochester.*) Americ. journ. of the med. sciences Bd. 170, Nr. 2, S. 232—240. 1925.

An 5 Patienten, an denen wegen einer spastischen Paraplegie die in der Überschrift angegebene, von Royle und Hunter vorgeschlagene Operation ausgeführt worden war, beobachtete der Verf. den Anstieg der Hauttemperatur an den unteren Extremitäten. Mit dem Calorimeter ließ sich die Wärmeproduktion und Wärmestrahlung demonstrieren. In 2 Fällen fehlte das Schwitzen an beiden Extremitäten. Die Ursache der vermehrten Wärmeabgabe wird in der Gefäßerweiterung gesehen.

Erich Guttmann (München).

Pieri, Gino: Contributo clinico alla simpatectomia periarteriosa. (Klinischer Beitrag zur periarteriellen Sympathektomie.) (*Osp. civ., Belluno.*) Arch. ital. di chir. Bd. 14, H. 4, S. 433—473. 1925.

23 Operationen in 19 Fällen. Ausführliche Krankengeschichten. Beobachtungsdauer: 6—29 Monate.

Verf. operierte: 2 mal Ulcus perfor. (beide Male Rezidive), 1 mal Ulc. cruris simplex (guter Erfolg), 2 mal Ulc. cruris varicos. (1 voller, 1 teilweiser Erfolg, d. h. nur Linderung der Schmerzen; Verf. empfiehlt hier die Operation nur bei Scheitern anderweitiger Behandlung), 4 mal Tbc. osteoarticularis (kein Erfolg), 1 mal neuropathische Gangrän (Erfolg nur bezüglich der Schmerzen). Ferner 8 verschiedene Fälle von Zirkulationsstörung an den Beinen (meist Gangrän), die Verf. unter dem Namen „Meralgia arteriogena" zusammenfaßt; darunter 5 Fälle von intermittierendem Hinken mit trophischen Störungen der Haut (Erfolg bezüglich der Schmerzen), 2 Fälle von Endarteritis oblit. mit Gangrän (nur Schmerzen beeinflußt), 2 Fälle beiderseitiger Thrombose der A. femor. (ähnliches Resultat) und 1 Fall vasomotorischer Neurose mit anfallsweisen Schmerzen und Akrocyanose (voller Erfolg). Bezüglich der Operationstechnik ist zu vermerken, daß Verf. in die Wunde während der Operation warme physiologische Kochsalzlösung gießt, wobei die noch anhaftenden Adventitiareste flottieren und leichter erfaßt werden können. *Josef Wilder* (Wien).

Hofer, Gustav: Zur Chirurgie des vegetativen Nervensystems bei Angina pectoris und Asthma bronchiale. Wien. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 31, S. 1787—1793 u. Nr. 44, S. 2441—2447. 1925.

Als chirurgisch-therapeutische Eingriffe am vegetativen Nervensystem kommen bei Angina pectoris in Betracht die ein- oder doppelseitige gänzliche Entfernung des cervicalen Sympathicusstranges einschließlich des Ganglion stellatum (Jonescu),

Digitized by Google

die Entfernung des obersten sympathischen Ganglion mit Durchtrennung seiner Verbindungen mit dem Vagus sowie der Herzäste des sympathischen Grenzstranges (Coffey-Brown), schließlich die ein- oder beiderseitige Unterbrechung der Herzäste des Vagus bzw. Durchtrennung des Nervus depressor am Halse (Eppinger und Hofer). Die beiden ersten Methoden führten in einer ganzen Reihe von Fällen zu Heilung und Besserung, doch sind die Eingriffe am Sympathicus nicht ungefährlich, da es doch bei mehreren Fällen während der Nachbehandlung, in einzelnen unmittelbar nach der Operation zum tödlichen Ausgang kam. Die Methode Eppinger-Hofer, die bei nur jeweils einseitiger Ausführung mehr oder minder ungefährlich ist, führte wiederholt zu dauernd günstigem oder doch vorübergehend günstigem Erfolge. Eingehende Schilderung der Methode, ihrer Technik, der anatomischen und physiologischen Verhältnisse bei Berücksichtigung der Literatur und 11 eigener Fälle von Depressordurchschneidung. Unter weiteren 8 Fällen, bei denen der Nervus depressor nicht gefunden werden konnte, wurde in 4 die Sympathektomie, in den anderen 4 die Durchschneidung des rechtsseitigen Vagus unterhalb des Abganges des Recurrens ausgeführt, ohne damit in diesen Fällen eine Besserung der Beschwerden zu erreichen. Die Frage chirurgischer Eingriffe am vegetativen System bei Asthma bronchiale ist noch sehr umstritten, die hierüber seit den ersten Mitteilungen durch Kümmel im Jahre 1923 vorliegenden Erfahrungen sind noch ziemlich spärlich, weitere zur Klärung der Frage noch notwendig. Die nicht einheitliche Ätiologie des Asthmas macht verständlich die noch sehr unsicheren Erfolge, die häufigen Fehlschläge. Man wird Hofer zustimmen, wenn er sagt, daß das Aussetzen asthmatischer Anfälle für wenige Tage oder Wochen für die Beurteilung des therapeutischen Effektes als viel zu kurz nicht herangezogen werden kann. *G. Stiefler* (Linz).

Hirsch, L.: Über die Nervenversorgung der Gefäße im Hinblick auf die Probleme der periarteriellen Sympathektomie. Präparatorische Untersuchungen. (*Anat. Inst., Univ. Würzburg.*) Arch. f. klin. Chir. Bd. **137**, H. 2, S. 281—288. 1925.

Bei Präparation und Untersuchung mit binokularer Lupe fand auch Hirsch keinerlei Anhaltspunkte für das Bestehen von langen Bahnen längs der Gefäße. Im distalen Teil der Extremitätengefäße kommen sicher sämtliche darstellbaren Nerven von den peripheren Nerven. Von den zu den Gefäßen verlaufenden Nervenästen gehen nur einzelne Fasern durch die tieferen Schichten zur Muscularis, der Hauptteil tritt wieder aus dem periarteriellen Gewebe heraus und scheint sich in dem umgebenden Fett- und Bindegewebe aufzuteilen. H. schließt zusammenfassend, daß bei der periarteriellen Sympathektomie sich die Entnervung nicht auf das enthülste Arterienstück beschränkt, da die Mehrzahl der durchtrennten Fasern an Äste der Arterie und distale Teile derselben geht. *Krambach* (Berlin).

Liek, E.: Kritische Bemerkungen zur heutigen Sympathicuschirurgie. Arch. f. klin. Chir. Bd. **137**, H. 2, S. 220—244. 1925.

Mit erfreulich scharfer Kritik wendet sich Liek als Chirurg in temperamentvollen Ausführungen gegen die periphere und zentrale Sympathicuschirurgie. Er weist nicht nur auf theoretische Irrtümer und Schwierigkeiten hin, sondern vertritt die Meinung, daß der wesentliche Faktor des Erfolgs die Einwirkung der Psyche auf das Gefäßsystem sei, auf die durch den operativen Eingriff ein Stoß — oder wie er sich ausdrückt, ein „Zauber" — ausgeübt wird. Die Fälle von Rieger, in denen die periarterielle Sympathektomie gar nicht vorgenommen, sondern nur Haut- und Muskelschnitt gemacht wird, und die trotzdem heilen, sind seiner Auffassung eine Stütze. Ganz besonders aber wendet er sich gegen die Sympathicuschirurgie des Asthma bronchiale; der Hautschnitt dürfte dieselbe therapeutische Wirkung haben, wie die doch recht bedenkliche Ganglienexstirpation. Beachtliche Mahnung zu schärfster Selbstkritik und statistischer Ehrlichkeit, Ablehnung und Warnung des rein mechanistischen Denkens vieler Chirurgen erklingen aus der interessanten Arbeit, die zu dem Schluß kommt: Es ist heute nicht mehr angängig, Betriebsstörungen im Nervensystem mit

Digitized by Google

Operationen anzugehen, denen man zum wenigsten vorwerfen muß, daß sie überflüssig sind. *Krambach* (Berlin).

Leriche, René: Sur une nouvelle opération sympathique (section des rameaux communicants) efficace dans les syndromes douloureux des membres. (Über eine neue Operation am Sympathicus [Durchschneidung der Rami communicantes] gegen das Schmerzsyndrom an den Gliedmaßen.) Lyon méd. Bd. **135**, Nr. 15, S. 449—452. 1925.

Die Nachteile der Chordotomie sind größer als ihre Vorteile, da für die Schmerzfreiheit oftmals lästige Ödeme und unerträgliche Reflexlähmungen eingetauscht werden. Nachdem sich gezeigt hat, daß Eingriffe am Sympathicus auf die Schmerzleitung großen Einfluß besitzen, versuchte Leriche den Sympathicus dort anzugreifen, wo er außerhalb des Ganglions alle Bahnen vereint, nämlich an den Rami communicantes. Er entfernte mit Erfolg diese Wurzel bei unerträglichen, rezidivierenden Schmerzen in einem amputierten Arm eines Verwundeten. Die untere Hälfte des Halssympathicusstrangs, das Gangl. cerv. inf. und das Gangl. stellatum wurden freigelegt und der erste dorsale sowie der 8., 7., 6. und 5. Ram. commun. cervicalis durchschnitten. Der Erfolg glich dem nach retroganglionärer Durchschneidung des Trigeminusstrangs bei schwerer Gesichtsneuralgie. Dreimal der gleiche Erfolg. *E. Heymann* (Charlottenburg).

Davis, Loyal E., and Harvey Cushing: Experiences with blood replacement during or after major intracranial operations. (Erfahrungen mit Reinfusion von Blut während oder nach größeren intrakraniellen Eingriffen.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 3, S. 310—322. 1925.

Blut wird mittels einer Wasserstrahlpumpe aus der Operationswunde abgesaugt und in eine im warmen Wasserbade stehende Flasche, in der sich 2 proz. Natriumcitratlösung befindet, aufgefangen. Die Reinfusion erwies sich in etwa 10% der Gehirnoperationen als wünschenswert, hauptsächlich nach Entfernung meningealer Neubildungen, wobei viel Blut verloren ging. Der Vorteil des Verfahrens liegt darin, daß Eigenblut sicherer als Ersatzstoffe den Blutdruck zu heben vermag und daß die zurückgebrachten roten Blutkörperchen der Atmung zugute kommen. Bei allen Eingriffen wird neben Puls, Atmung, Blutdruck, Ätherverbrauch und vielem anderen die Zahl der roten Blutkörperchen, auch die des verlorenen Blutes, auf Operationstafeln vermerkt. Unter 21 Reinfusionen ein Mißerfolg. Die Unbequemlichkeit, einen besonders geeichten Spender zu beschaffen, fällt bei der Reinfusion fort.
E. Heymann (Charlottenburg).

Guillemin, A.: La prothèse caoutchoutée dans le traitement opératoire de l'épilepsie jacksonnienne procure-t-elle une amélioration durable? (Schafft die Kautschukprothese einen dauernden Erfolg in der operativen Behandlung der Jacksonschen Epilepsie?) (*Clin. chir., fac. de méd., Nancy.*) Rev. méd. de l'est Bd. **53**, Nr. 4, S. 115 bis 120. 1925.

Die in Deutschland längst aufgegebene Einpflanzung flacher Gummiblätter zwischen Dura und Hirnoberfläche zur Verhütung neuer Verwachsungen und epileptischer Anfälle wurde von neuem versucht. Beim ersten Kranken stellten sich nach einem Jahr neue schwere Anfälle ein. Die Platte hatte sich aufgerollt und zu einer Gehirnreizung geführt. Nach ihrer Entfernung schwanden die Anfälle. Bei einem zweiten Kranken hatte sich die Gummifolie gleichfalls in Falten gelegt, sie lag eingebettet in einer schwarzen, schleimigen Flüssigkeit innerhalb einer Pseudocyste. Bei einem dritten Kranken kam es nach 3 Jahren zu einer Spätciterung mit schwersten cerebralen Störungen. Bei den ersten beiden Kranken war anfangs eine Besserung eingetreten und die Anfälle verschwanden, der dritte aber wurde in keiner Weise beeinflußt. *E. Heymann* (Charlottenburg).

Kaisin: Note préliminaire sur un nouveau traitement des paralysies spastiques. (Neue Behandlung spastischer Lähmungen.) Arch. franco-belges de chir. Jg. **27**, Nr. 12, S. 1087—1090. 1924.

Bei spastischer Muskellähmung soll die Contractur, nicht die Verkürzung bekämpft werden. Sowohl die Foerstersche wie die Stoffelsche als auch die Neurotisation nach Spitzy versagen gelegentlich, da die Dosierung Schwierigkeiten bereitet, und da nicht immer berücksichtigt wird, ob mehr der sensible oder der motorische Anteil reduziert werden muß. Kaisins Verfahren beruht auf der Beobachtung, daß Nerven nach Umklammerung durch eine Neubildung oder ein Aneurysma oder durch Druck infektiöser Exsudate, ebenso nach Gebrauch der Esmarch-Binde motorisch,

Digitized by Google

aber niemals sensibel gelähmt zu sein pflegen. Daher benutzte er einen Drosselungsapparat, der einen langsam zunehmenden Druck auf den freigelegten Nerv ermöglichte. Die Kontrolle über den Grad der Lähmung wurde mittels elektrischen Stroms ausgeübt. Der Apparat wurde zunächst in die nicht verschlossene Wunde eingenäht und der Druck auf den Nerven mit Hilfe eines Schlüssels, der durch Anziehen der Schraube die Drosselung verstärkte, erhöht, so lange, bis der Grad der Lähmung als genügend erachtet wurde. Erst nach Tagen wurde der Apparat in die Wunde versenkt, um dort einzuheilen. Über die endgültigen Erfolge wird nichts berichtet. *Heymann.*

Kaplan, A.: Zur Technik der Nervennaht. Novaja chirurgija Jg. 1925, Nr. 1, S. 71—72. 1925. (Russisch.)

Technischer Vorschlag, bei der Nervennaht von weit voneinander abstehenden Nervenenden alle Nähte in kurze Klemmen zu nehmen und sie gleichzeitig anzuziehen, bis sich die Nervenenden einander nähern, dann erst die Nähte binden. *M. Kroll* (Minsk).

● **Mohr, Fritz: Psychophysische Behandlungsmethoden.** Leipzig: S. Hirzel 1925. XII, 493 S. G.-M. 20.—.

Das Buch will ein systematischer Versuch sein, die naturwissenschaftliche und die psychologische Auffassung der Medizin zu vereinigen, der Therapie zunutze. Es ist aus praktischer Erfahrung hervorgegangen und soll der Praxis dienen. In einem I. Teil (von 42 Seiten) werden einige psychologische Grundbegriffe abgehandelt, im wesentlichen im Anschluß an „die menschlichste der Psychologien", nämlich die von Harald Höffding. Entsprechend der Grundüberzeugung, daß die Beteiligung der „Ratio" bei unseren Handlungen und bei der Entstehung unserer Gedanken ganz außerordentlich gering ist, dagegen Urteil, Gefühle und Affekte den Ausschlag geben, nehmen auch die Kapitel über Gefühle und Affekte und über die Willensvorgänge allein fast die Hälfte ein. II. Physiologische Erklärungen psychischer Erscheinungen (8 Seiten). Psychologische Tatsachen lassen sich auch physiologisch ausdrücken; nicht das Wesen der Sache, sondern nur die Ausdrucksweise wird betroffen, wenn wir aus der psychologischen in die physiologische Denk- und Sprechweise übergehen. Die Psychotherapie ist auch eine physiologische Therapie, die durchaus auf naturwissenschaftlichen Grundlagen steht, mit naturwissenschaftlichen Hilfsmitteln arbeitet und nirgends die Grenzen der Geltung naturwissenschaftlicher Gesetze verläßt. III. Tatsachenmaterial über psycho-physische Wechselwirkungen (110 Seiten). 1. Nach einer kurzen Überschau experimenteller Ergebnisse über Ausdrucksbewegungen und andere psychophysische Beziehungen folgt der Hauptteil: 2. Klinische Beobachtungen: Im Anschluß an den Kongreß für Innere Medizin im Jahre 1924 wird die Literatur über Organneurosen vorgetragen. Die Frage darf nicht heißen: „Organisch oder psychisch?" sondern: „Wieviel ist an einem Krankheitsbild organisch, wieviel psychisch, und wie wirken beide aufeinander und ineinander?" Das Psychische ist dem Physischen nicht bloß von außen aufgelagert; es greift ins Tiefste jeden Lebensprozesses ein; weil diese Erkenntnis zu wenig Allgemeingut ist, haben wir uns unzählige Heilungsmöglichkeiten entgehen lassen. Besonderen Wert legt Mohr auf die psychophysische Wechselwirkung im neurohormonalen Apparat: psychische, corticale Einflüsse aktivieren die Tätigkeit endokriner Drüsen oder schalten bisherige Hemmungen derselben aus. Als Beispiele werden unter anderen angeführt: die Möglichkeit, den Basedow auf rein psychischem Wege restlos zu beseitigen (Kohnstamm, Mohr, Moos). Ein Homosexueller wird durch Wegnahme von allerlei, die normale Entwicklung hemmendem Erinnerungsmaterial wieder normal sexuell; sein Bart fängt an, stärker zu wachsen als je im Leben. Weiter: Bei einem durch hereditäre Lues ohnedies in der körperlichen Entwicklung zurückgebliebenen Weibe wird durch eine Reihe starker Affektwirkungen in der Pubertätszeit eine vom Cortex (Psyche) aus bedingte Hemmung der Pubertätsentwicklung geschaffen, die 10 Jahre anhält und erst aufhört, als die Affekte durch Analyse überwindbar geworden waren; von diesem Augenblick an wurde die Pubertätsentwicklung innerhalb einiger Monate nachgeholt, die Menses erfolgten regelmäßig, die Genitalorgane, die vor der Behandlung infantil waren, wurden

Digitized by Google

nach der Behandlung als normal befunden. Es folgen weiter eine große Reihe eigener Beobachtungen in ausführlicher Darstellung. Sie sollen zeigen, wie, nach der Meinung des Autors immer, organische Störungen durch psychische mitbedingt und unterhalten werden. Dieser Abschnitt eignet sich nicht zum Referat, wenn auch der Verf. gerade auf ihn besonderen Wert legt. Wie es denn überhaupt seine Meinung ist, daß wir heute zunächst nur durch Sammlung eines reichhaltigen kasuistischen Materials in der Psychotherapie weiterkommen können. IV. Die psychophysischen Behandlungsmethoden (210 Seiten). 1. Von der körperlichen Seite ausgehende Methoden: Mohr befürchtet, gerade mit diesem Kapitel Kopfschütteln zu erregen. Ich habe den Eindruck, daß dieser Abschnitt den Nervenärzten besonders willkommen sein kann, und daß er den Kollegen anderer Disziplinen „die psychologische Auffassung der Medizin" annehmbarer erscheinen läßt, als dies andere Ausführungen und andere Krankengeschichten dieses Buches zu tun geeignet sind. Es handelt sich für den Verf. darum, primär psychische Wirkungen von Medikamenten bewußt therapeutisch dadurch auszunutzen, daß man den Kranken klar und anschaulich auf diese zu erwartenden Wirkungen einstellt. An einer großen Reihe chemischer und physikalischer Reize wird diese Methode im einzelnen dargestellt. 2. Von der psychischen Seite aus angreifende Methoden. Es werden nacheinander abgehandelt: Hypnose; Wachsuggestion; Behandlung durch Ablenkung, Überrumpelung und Einschüchterung; die kathartische Methode; die Freudsche Psychoanalyse (dabei auch die Auffassungen von Adler und Jung); aktive Psychoanalyse; Aufklärungsbehandlung und Psychopädagogik; Autosuggestivübungen (hier werden in einem Unterabschnitt exerzitienähnliche Übungen dargestellt. Aus religiösen Übungen — Exerzitien des Ignatius von Loyola usw. — können wir lernen, daß es möglich ist, durch eine, die unbewußten Triebkräfte unseres Innenlebens stark anregende methodische Versenkung in die Vorstellung des Geheiltwerdens, diese Kräfte ganz anders in unseren Dienst zu zwingen, als es durch ein nur verstandesmäßiges Vorgehen möglich wäre. Da die Gefahr dieser Übungen für Nervöse besonders groß ist, muß eine strenge Auswahl getroffen werden.) Die Abschnitte über Psychotherapie sind von dem Gesichtspunkt praktischer Verwendbarkeit aus geschrieben. Dabei hat sich für den Verf. die Psychoanalyse immer wieder als die wichtigste Methode erwiesen. Besonderen Wert legt er auf die rasche und aktive Psychoanalyse, für deren Durchführung er eine Reihe praktischer Anweisungen gibt. Allerdings wäre es ein Zeichen von unerlaubt engem Horizont, wenn man die Wichtigkeit und Notwendigkeit einer Verbindung aller Methoden daneben verkennen wollte. Im letzten Kapitel wird V. die psychophysische Behandlung einzelner Krankheiten an einer ausführlichen Kasuistik dargestellt. Das Literaturverzeichnis umfaßt mehr als 330 Nummern. Einzelheiten müssen durchaus im Original nachgelesen werden. Der therapeutische Optimismus des Verf. gibt dem Buch seinen Reiz; freilich auch in manchem den Reiz des Widerspruchs.

[*Bumke*] *Jahrreiss* (München).

● **Schultz, J. H.: Psychiatrie, Psychotherapie und Seelsorge. (Arzt und Seelsorger. Hrsg. v. Carl Schweitzer. H. 2.)** Schwerin i. Mcklb.: Friedrich Bahn 1926. 30 S. RM. 1.20.

Leicht faßliche populäre Schrift. Verf. kennzeichnet den heutigen Stand der Psychiatrie, entwickelt die Grundgesichtspunkte der modernen Psychotherapie und weist auf die Beziehungen derselben zur geistlichen Seelsorge hin. *Henneberg* (Berlin).

Bjerre, Poul: „Einige Bemerkungen zum Stande der Psychotherapie in Schweden", eine Erwiderung an Dr. Emanuel von Geijerstam. Svenska läkartidningen Jg. **22**, Nr. 30, S. 841—856. 1925. (Schwedisch.)

Bjerre wendet sich hier gegen Geijerstams Einwendungen (vgl. dies. Zentrlbl. 42, 35), welche letzterer gegen Bjerres Auffassung der Neurose als systematischer „Tod und Auferstehung" erhob. Wie das Leben des Todes Voraussetzung ist, so auch der Tod die des Lebens. Wir bauen in der Synthese auf, was durch den Untergang und den Tod verlorengegangen ist. Der Tod, die Vernichtung vorhandener Werte, ist das Myste-

Digitized by Google

rium der Neurose, an das sich das aufbauende Leben wiederum anschließt. Der innere psychische Prozeß gleicht einem Sündenfall und einer Mechanisierung, er bildet, baut auf aus vergangenen zerfallenen, überwundenen Teilen, Erlebnissen und führt zur Erneuerung, zur Synthese, zur Auferstehung. Diese führt im Gegensatz zur Mechanisierung der Erlebnisse und Eindrücke und Gefühle des Neurotikers zur Heilung. Wie Tod und Leben, gehören Krankheit und Heilung (Gesundheit) zusammen. Der Zwang, die Angst wird von diesem Gesichtspunkte aus zu erklären gesucht. Das seelisch Lebende, Gesunde, und das seelisch Tote, Kranke, Ungesunde als psychopathologische Phänomene müssen von dem Auge des Analytikers so getrennt, erkannt, unterschieden werden, wie das organisch Kranke und Gesunde von dem sezierenden Pathologen in der Anatomie. *S. Kalischer* (Schlachtensee-Berlin).

Birnbaum, Karl: Die Couésche Methode der bewußten Autosuggestion in ihrer erzieherischen Bedeutung. Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. 31, H. 3/4, S. 284—288. 1925.

Die erzieherische Bedeutung der heute bis zum Überdruß bekannten und geübten Couéschen Methode wird hier einer kritischen Würdigung unterzogen. Birnbaum kommt zu dem Schluß, daß bei dieser Behandlungsform und besonders der Art, wie sie von Coué in Massensitzungen und in einer als psychische Heilatmosphäre zu kennzeichnenden suggestiven Milieubehandlung durchführt, die Autosuggestion durchaus nicht in der ihr zugeschriebenen Eigenart wirksam ist, sondern daß dabei in weitgehendem Maße Fremdsuggestionen mitsprechen, wie ja auch umgekehrt bei vermeintlich reinen Fremdsuggestionen gewöhnlich Autosuggestionen eine Rolle spielen. Gewiß kann das in der aktiven Mitarbeit des Patienten liegende erzieherische Moment besonders bei Nervenschwachen aller Art, bei abulischen Psychopathen, bei manchen gehemmten, durch psychische Zwangseinflüsse beeinträchtigten Individuen, gelegentlich auch bei Sensitiven, die unter Insuffizienzempfindungen und mangelndem Eigenwertsbewußtsein leiden, für eine seelische Umstellung und für eine Übung und Gewöhnung in der neuen Richtung herangezogen werden. Aber dieses Verfahren bleibt doch an der Oberfläche und kann daher als eine wirkliche Behandlungsmethode nicht gelten. Für eine heilpädagogische Behandlung solcher Individuen, die durch tiefgreifende Milieuschäden oder durch Anlagemängel einer besonderen erzieherischen Einwirkung bedürfen (und gewöhnlich einer solchen sehr schwer zugänglich sind), reicht die Methode mechanischer autosuggestiver Eingebungen nicht aus. *Villinger* (Hamburg).

● **Hähnlein, V.: Seelische Selbstbehandlung. Ihr Wesen und ihr Heilwert. (Ärztl. Beratung z. Ergänz. d. Sprechstunde. Nr. 17.)** Leipzig: Curt Kabitzsch 1926. 80 S. R.-M. 2.10.

Ein für Laien geschriebenes Büchlein, das neben einer Darstellung der sog. Coué schen Lehre auch eine recht ansprechende und vernünftige Kritik derselben umfaßt, vor der Ausschaltung des Arztes und vor überspannten Erwartungen warnt. *Kronfeld* (Berlin).

Feldmann, Sándor: Die psychologische Behandlung der Potenzstörungen beim Manne. Therapia (Budapest) Jg. 2, Nr. 7, S. 281—284. 1925. (Ungarisch.)

Verf. demonstriert durch die weitgehende Beschreibung zweier Fälle, wie er die Impotenz psychoanalytisch behandelt. Die Potenzstörungen, zahlenmäßig 42, kamen überwiegend (41) von dem Urologen, der allerlei lokale Veränderungen fand und behandelte, ohne an eine psychologische Genese zu denken. Würde ein jeder impotent, der in seiner Urethra alteriert ist, so wäre der Coitus heutzutage eine Seltenheit, sagt der Verf., der 36 von den 42 heilen konnte, während die lokale Behandlung der Urologen immer Rückfälle nach sich zog. Allerdings erfahren wir nichts darüber, wie lange die psychoanalytische Behandlung ohne Rezidiv verblieb. Die psychische Impotenz ist ein Konflikt zwischen dem Ich des Pat. und zwischen der Sexualität. Infolgedessen ist die Hypnose in der Behandlung der Impotenz kontraindiziert, kann höchstens zur Beschleunigung der Analyse kombinatorisch herangezogen werden. Zweck der Analyse ist, den freien Strom der Sexualität in der ganzen Psyche herzustellen, die Behandlung der Impotenz mit Inkretpräparaten ist auch zu verwerfen.

Digitized by Google

Auffallend ist die große Anzahl der behandelten Fälle ebenso wie die Selbstsicherheit und mangelhafte Kritik des Verf. *Kluge* (Budapest).

Böhmig, Wolfgang: Über Milchfieberbehandlung bei gehemmten Psychosen. (*Univ.-Nervenklin., Halle a. S.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **72**, H. 5, S. 805 bis 808. 1925.

Verf. versuchte die Milchfiebertherapie auch bei gehemmten Psychosen anzuwenden. Die Ergebnisse waren nicht eindeutig, führen ihn jedoch zu dem Schluß, daß der Milchfieberkur eine unterstützende Wirkung der bisher üblichen Therapie der gehemmten Psychosen zukommt, daß aber am besten die Fälle reagieren, die sich erst in der Ausbildung oder schon in der Zurückbildung befinden. *G. Ewald* (Erlangen).

Spezielle Neurologie.

Meningen:

Mouriz, J.: Beitrag zur Pathogenese der Meningitis. (*Hosp. prov., Madrid.*) Med. ibera Bd. **19**, Nr. 418, S. 429—432 u. Nr. 419, S. 457—460. 1925. (Spanisch.)

Nach seinen Erfahrungen bei der Pneumokokkenmeningitis betrachtet Verf. den Blutweg als den hauptsächlichen, vielleicht sogar einzigen Weg, auf dem die Keime zu den Meningen gelangen. Die Septikämie besteht bereits vor Eintritt der Meningitis und begleitet diese in ihrem ganzen Verlaufe. Außer der Lumbalpunktion muß die Blutkultur zur Bestimmung der Keime herangezogen werden, da im Liquor nicht immer Bakterien gefunden werden. In Epidemiezeiten kann die systematische Anlegung von Blutkulturen in Quartieren, Asylen usw. ein ausgezeichnetes Mittel für die Prophylaxe und Behandlung sein. Die Autovaccinebehandlung mit aus dem Liquor oder dem Blute gezüchteten Keimen verdient erprobt zu werden. *Reich* (Breslau).

Izard, L.: Méningite cérébro-spinale à méningocoque à rechute. (Meningokokkenmeningitis mit Rückfällen.) Paris méd. Jg. **15**, Nr. 28, S. 45—49. 1925.

Ausführliche Mitteilung eines mit vielfachen Injektionen von Meningokokkenserum (intralumbal, intravenös, intramuskulär, intraventrikulär und sphenoidal) behandelten Krankheitsfalles. Betrachtungen über die Wirkungen und die Ursache des Versagens der einzelnen Injektionen. *Erna Ball* (Berlin).

Izard, Louis: Eosinophilie du liquide céphalo-rachidien au cours d'une méningite cérébro-spinale. (Eosinophilie des Liquor cerebrospinalis im Laufe einer Meningitis cerebrospinalis.) Paris méd. Jg. **15**, Nr. 34, S. 170—172. 1925.

Mitteilung eines Falles von Meningitis epidemica, bei dem im Verlauf mehrfacher Lumbal- bzw. Ventrikelpunktionen steigende Mengen eosinophiler Leukocyten gefunden wurden. Erörterung der Bedingungen, die zu einer Eosinophilie führen können. *Wüllenweber* (Köln).

Pagniez, Ph.: Deux cas d'hypertension céphalo-rachidienne traités avec succès par l'ingestion de solutions hypertoniques. (Zwei Fälle von Liquordrucksteigerung, erfolgreich behandelt mit Einnehmen von hypertonischen Lösungen.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **41**, Nr. 36, S. 1518—1520. 1925.

In gewissen Fällen von Liquordrucksteigerung können Verabfolgungen von hypertonischen Lösungen sehr gut wirken. Verf. teilt 2 solcher Fälle mit: 1. Meningealhämorrhagie mit Liquordruckerhöhung; Pat. nimmt ein halbes Glas Wasser, in das 40 g Glykose gelöst sind, ein; 7 Stunden später gleiche Menge. 4 Stunden später Nachlassen und baldiges Schwinden der Kopfschmerzen. Am nächsten Morgen 3. Portion Glykose und im Laufe des Tages eine 4. Das Erbrechen schwindet, Kopfschmerz weicht bald vollständig. 2. Leichte Meningealblutung nach Trauma, durch Lumbalpunktion bestätigt. Am 3. Tage sehr starke Kopfschmerzen, Übelkeit, Pulsverlangsamung, Nackensteifigkeit. Nach einem großen Wasser mit Purgos (konzentrierte Salzlösung) beginnt der Kopfschmerz nachzulassen, Pat. beruhigt sich, die Pulszahl steigt wieder. Dann erst zeigt sich die purgative Wirkung des Wassers. *Kurt Mendel.*

Tobey jr., George L., and James B. Ayer: Dynamic studies on the cerebrospinal fluid in the differential diagnosis of lateral sinus thrombosis. (Dynamische Liquorstudien zur Differentialdiagnose der lateralen Sinusthrombose.) Arch. of oto-laryngol. Bd. **2**, Nr. 1, S. 50—57. 1925.

Von dem durch Queckenstedt beschriebenen Symptom der Liquordruckerhöhung nach Jugularkompression ausgehend, beschrieben die Verf. ein Verfahren,

Digitized by Google

um an Hand verschiedener Druckmessungen Fälle von lateraler Sinusthrombose festzustellen. Zunächst wird im Liegen punktiert, der 1. Druck sowie die Änderungen durch die Atmung festgestellt, hernach getrennt die Jugularvenen komprimiert. Der charakteristische Befund soll darin bestehen, daß auf der gesunden Seite das Queckenstedtsche Symptom der Druckerhöhung erfolgt, während auf der Seite der Sinusthrombose entweder gar keine oder nur eine sehr schwache Druckerhöhung zu konstatieren ist. Bei 22 derart untersuchten Fällen traten keine Zwischenfälle auf.
F. Georgi (Breslau).

Ruttin, Erich: Über septische Blutungen bei Sinusthrombose. (*Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkrankh., Univ. Wien.*) Acta oto-laryngol. Bd. 8, H. 1/2, S. 274 bis 279. 1925.

Die septischen Blutungen bei Sinusthrombose können einen äußerst bedrohlichen Charakter annehmen, und die Gefahr der Verblutung kann sogar durch Wochen bestehen. Verf. teilt 2 Fälle mit. Im 1. brachte Tamponade mit Collodium, im 2. Milzbestrahlung die Blutung zum Stillen. *Kurt Mendel.*

Körperflüssigkeiten:

Trenti, Enrico: Die Wassermannsche Reaktion im Serum nach seiner Filtration durch Kollodiumsäckchen. (*Med. Klin., Univ. Rom.*) Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenk. u. Infektionskrankh., Abt. 1, Orig. Bd. **97**, H. 1, S. 57—64. 1925.

Verf. kommt auf Grund seiner im Original nachzulesenden Versuche zu folgenden Ergebnissen: Er hat die Kollodiumsäckchen zum Studium der Eigenschaften syphilitischer Sera, die zum Zustandekommen der WaR. führen, als geeignet gefunden. Auf Grund der diesbezüglichen Versuche kommt Verf. zur Anschauung, daß die WaR. „eine chemische oder Immunitätsreaktion" (? Ref.) darstellt; physikalische Faktoren kolloidaler Natur sind auszuschließen. Die Eigenschaft der syphilitischen Sera, in Gegenwart von Organextrakten Komplement zu binden, scheint eng an die Serumglobuline gebunden zu sein. Durch die Ultrafiltration durch Kollodiumsäckchen lassen sich auch Sera, die mit der gewöhnlichen Technik zweifelhafte Reaktionen ergeben, erkennen, da der Filterrückstand bei erhaltener Spezifität stärkere Reaktionen gibt. *V. Kafka* (Hamburg).

Ayer, James B., and Harry C. Solomon: Cerebrospinal fluid from different loci. (Der Liquor an verschiedenen Stellen.) (*Massachusetts gen. hosp. a. Boston psychopath. hosp., Boston.*) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **14**, Nr. 3, S. 303—314. 1925.

Ausführliche Paralleluntersuchungen von Ventrikel-, Zisternen- und Lumballiquor ergaben, daß auch ohne offensichtliche Passagehindernisse beträchtliche Unterschiede im Ausfall der einzelnen Reaktionen — WaR., Zellzahl, Globulin, Gesamteiweiß, Goldsolreak tion— bestehen können, auf die die Verff. mit Recht als bedeutungsvoll hinweisen, ohne aber irgendwelche endgültigen Schlüsse aus den sehr wechselnden Befunden in klinischer Hinsicht zu ziehen. *F. Georgi* (Breslau).

Aycock, W. Lloyd: Cerebrospinal fluid pressure. Effects of solutions of different concentrations. (Der Liquordruck. Die Wirkung verschieden konzentrierter Lösungen.) (*Dep. of prev. med. a. hyg., Harvard med. school, Boston, a. research laborat., Vermont dep. of public health, Burlington.*) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **14**, Nr. 2, S. 251—254. 1925.

Kurze, durch keine wesentlich eigenen Versuche gestützte hypothesenreiche Zusammenfassung über Liquordruck, Verteilung, Bedeutung des Plexus choreoideus und u. a. den Einfluß intravenös verabreichter hypertonischer — Senkung des Liquordrucks — und hypotonischer NaCl — Ansteigen des Drucks. *F. Georgi* (Breslau).

Howe, Hubert S.: Reduction of normal cerebrospinal fluid pressure by intravenous administration of hypertonic solutions. Experimental studies on cats. (Herabsetzung des normalen Liquordrucks durch intravenöse Anwendung hypertonischer Lösungen.) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **14**, Nr. 3, S. 315—326. 1925.

Die Versuche wurden an Katzen angestellt. Injziert wurden konzentrierte Lösungen von Natrium bicarb., Natrium sulf., Natr. citr., NaCl, Natr. brom., Calc. lact., Calc. chlorid., Magnesium sulf. und Dextrose. Natrium bromid., Calc. lact., Calc. chlorid. und Magnesiumsulfat schieden wegen ihrer allzu toxischen Wirkung aus, Natr.

Digitized by Google

citr. und bicarb. waren relativ unwirksam. Mit NaCl erreichte der Verf. die stärkste Druckerniedrigung, warnt jedoch vor toxischen Nebenwirkungen bei zu rascher Verabreichung. Nach den Tierversuchen zu urteilen, empfiehlt er für klinische Versuche als einzige Substanz, die ohne Nebenwirkung Druckherabsetzung zu erzeugen imstande ist, die Dextrose. *F. Georgi* (Breslau).

Peet, Max M.: Reduction of increased intracranial pressure by intravenous administration of glucose and hypertonic Ringer's solution. (Herabsetzung des erhöhten intrakraniellen Druckes durch intravenöse Anwendung von Traubenzucker und hypertonischer Ringerlösung.) (*Dep. of surg., univ. of Michigan med. school, Ann Arbor.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 26, S. 1994—1996. 1925.

Durch Magnesiumsulfat per os oder per rectum wird langsames Sinken des erhöhten intrakraniellen Druckes erreicht; dies Mittel ist, da es dem Körper Wasser entzieht, kontraindiziert bei Schock, Blutung, Erbrechen, Wasserarmut des Körpers. Plötzliche intrakranielle Drucksenkung bei frischer intrakranieller Verletzung erreicht man mit hypertonischer Ringerlösung intravenös. Anschließend Traubenzucker, weil bei Kochsalz- und Ringerinjektion im Anschluß an die anfängliche Drucksenkung der Liquordruck über das Ausgangsniveau hinaus ansteigt, was bei Zuckerinjektion nicht der Fall ist. Hypertonische Traubenzuckerinjektion intravenös ist indiziert bei akutem hohem intrakraniellem Druck, verbunden mit Schock oder Blutung sowie in subakuten Fällen bei Wasserverlust und Erbrechen. Traubenzucker hat den Vorteil, lange zu wirken (mehrere Stunden), den Druck am Schluß nicht zu erhöhen, nicht zu entwässern, sondern — bei Schock wichtig — das Blutvolumen zu erhöhen und der Acidose entgegenzuwirken. Ausführlich wird ein Fall erwähnt, wo mehrmalige intravenöse Traubenzuckerinjektion den Rückgang der Hirndrucksymptome und damit Besserung des Allgemeinbefindens in einem Grade herbeiführte, daß die zur Heilung führende Trepanation erst ermöglicht wurde. *Wüllenweber* (Köln).

Michaux, Jean, A. Lamache et R. Poulet: Influence de la ponction lombaire sur la température, la tension artérielle et la diurèse. (Einfluß der Lumbalpunktion auf Temperatur, Blutdruck und Diurese.) Progr. méd. Jg. **53**, Nr. 41, S. 1487—1490. 1925.

Obwohl einseitige Schlüsse aus den an nur wenigen Fällen angestellten Beobachtungen nicht gezogen werden können, bleibt folgendes bemerkenswert: 1. Die Temperatur sank bei 11 von 13 Punktionen bis zur Dauer von Tagen um 0,8—1,3°. 2. Insbesondere bei Hypertonikern führte die L.P. eine Herabsetzung besonders des maximalen Blutdruckes herbei. Die Beziehung zwischen Liquor- und Blutdruck ist jedoch keine regelmäßige. 3. In 2 Fällen von Diabet. insipid., in denen kein Zeichen von Hypophysentumor bestand, führte die L.P. Diuresenverminderung, jedoch keine Herabsetzung der Polydipsie, herbei. *Bluhm* (Berlin).

Lee, Ferdinand C.: The effect of histamine on cerebrospinal fluid pressure. (Der Einfluß des Histamins auf den Liquordruck.) (*Anat. laborat., Johns Hopkins univ., Baltimore.*) Americ. journ. of physiol. Bd. **74**, Nr. 2, S. 317—325. 1925.

Verf. prüfte an je 10 Hunden und Katzen nach intravenöser Applikation von 0,02—0,2 mg „Imido", eines Histaminpräparates, pro Kilogramm Körpergewicht den Einfluß auf den Liquordruck unter gleichzeitiger Registrierung des arteriellen Druckes der Femoralis, des Venendruckes an einer Armvene und des Druckes im Sinus longitudinalis. Er erreichte bei allen Versuchen eine starke Abnahme des Liquordruckes, dem im wesentlichen der Sinus- und Arteriendruck parallel ging, während der Körpervenendruck zunächst stark anstieg, um dann auch unter den Ausgangswert für einige Zeit abzusinken. Um über das Verhalten der Gehirncapillaren einen genauen Aufschluß zu bekommen, wandte er 1. die Methode der Fixierung am lebenden Tier im Histaminschock an mit nachfolgender histologischer Kontrolle, und 2. beobachtete er nach Trepanation mit und ohne Anbringung eines wasserdichten „Hirnfensters" die Gehirngefäße direkt mit dem Mikroskop. Er kommt zu dem Schluß, daß Histamin ein starkes Absinken des Liquordruckes verursacht, ohne daß die Gehirncapillaren eine

Digitized by Google

Veränderung gegen die Norm zeigen, ganz im Gegensatz zu den Körpereingeweidecapillaren, die auf Histamin sich stark erweitern. *O. Schwab* (Breslau).

Blum, Kurt: Über den Stoffaustausch zwischen dem Blute und dem Zentralnervensystem. Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 34, S. 1418—1420. 1925.

Der Stoffaustausch zwischen Blut und Zentralnervensystem erfolgt in der Richtung Liquor/Blut und in der Richtung Blut/Liquor. Während die Stoffwechselbarriere in der Richtung Liquor/Blut ohne weiteres passierbar ist, besteht in der Richtung Blut/Liquor eine selektive Durchlässigkeit, die aus chemischen und physikalischen Gesichtspunkten nicht erklärbar ist. Es handelt sich hierbei um sehr komplizierte physiologische Vorgänge, und wenn auch vieles noch zu klären ist, so steht doch das eine fest, daß der ganze Stoffaustausch zwischen Blut und zentralnervöser Substanz über den Liquor erfolgt. Die Permeabilität der Meningen ist also für das Eindringen von Giftstoffen, aber auch von Antikörpern von ausschlaggebender Bedeutung, und ihr Studium ist zwar durch die Weil-Kafkasche Hämolysinreaktion und durch die Waltersche Brommethode wesentlich gefördert worden, doch ist zur Klarstellung anderer Fragen noch ein weiters Studium mit genaueren Methoden notwendig. *de Crinis.*

Kubie, Lawrence S., and Gertrude M. Shults: Studies on the relationship of the chemical constituents of blood and cerebrospinal fluid. (Untersuchungen über das Verhältnis der chemischen Bestandteile von Blut und Liquor.) (*Dep. of physiol., Johns Hopkins med. school a. laborat. of internal med., Henry Phipps psychiatr. clin., Johns Hopkins hosp., Baltimore.*) Journ. of exp. med. Bd. 42, Nr. 4, S. 565—591. 1925.

1. In 30 Krankheitsfällen wurden Paralleluntersuchungen im Blut und Liquor auf Zucker (nach Folin-Wu), Chloride (nach Whitehorn) und in einigen Fällen auch auf Reststickstoff angestellt. Das Verhältnis zwischen Liquor- zum Blutzucker schwankte zwischen 0,53 und 0,81, wenn die Fälle von Hirnblutung mit blutigem Liquor nicht mitgerechnet werden (bei diesen lag die Verhältniszahl unter 0,53 und ging bis zu 0,33 hinunter). Zwischen den Krankheiten und dem absoluten Liquorzuckerwert oder dessen Verhältnis zum Blutzucker ergeben sich keine Wechselbeziehungen. Bis auf einen Fall war der Gehalt an Chloriden im Liquor stets höher als im Blut; das Verhältnis schwankte zwischen 0,95 und 1,30, in den meisten Fällen betrug es 1,10 bis 1,25. Außer in einem Fall war der Reststickstoff im Liquor niedriger als im Blut; das Verhältnis vom Reststickstoff im Liquor zu dem im Vollblut betrug 0,51 bis 0,85, zu dem im Blutplasma 0,65 bis 0,92. Bei Besserung eines Leidens steigt die Verhältniszahl für Zucker an, jene für Reststickstoff fällt ab und die für Chloride sinkt etwas. Zwischen den Verhältniszahlen für die 3 Substanzen war bei den so verschiedenen Krankheiten (und dem kleinen Material!) keinerlei Wechselbeziehung zu erkennen. 2. Versuche an Hunden. Es wurden größere Mengen von Kochsalz- oder Zuckerlösung intravenös injiziert und das Verhalten von Zucker, Kochsalz, Eiweiß und Hämoglobin im Blut und Liquor (Zisternenpunktion) über eine längere Zeit hin kontrolliert. Bei Injektion von 0,5 proz. NaCl-Lösung sank NaCl im Liquor etwas ab, blieb im Blut ziemlich gleich; andrerseits ging hier der Eiweißgehalt zurück, während er im Liquor erheblich anstieg. Bei Injektion von 3 proz. Zuckerlösung stieg der Zuckerspiegel im Blut stark, im Liquor langsamer und weniger stark an, blieb aber längere Zeit erhöht; NaCl sank im Blut und Liquor in gleicher Weise ab; besonders auffallend war in 2 Versuchen der enorme Anstieg von Eiweiß im Liquor (von ca. 10 auf 171 bzw. 474 mg %!). Folgerungen: Der Gehalt von Zucker, NaCl und Reststickstoff im Liquor scheint im allgemeinen deren Konzentrationen im Blut zu folgen; andrerseits müssen aber für gewisse Substanzen noch andere Faktoren für deren Verteilung in Blut und Liquor eine Rolle spielen. *K. Eskuchen* (Zwickau.)

Benda, Robert: Über den Einfluß der Menstruation und Schwangerschaft auf die „Permeabilität" der Meningen. (*Dtsch. geburtshilfl. Univ.-Klin., Prag.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 40, S. 1686—1688. 1925.

Nach einer einleitenden Ausführung über den Begriff der Permeabilität der Me-

Digitized by Google

ningen führt der Autor die Ergebnisse seiner Untersuchungen der Permeabilität der Meningen mit der Uranin-, der Hämolysin- und der Brommethode an. Er konnte feststellen, daß die Permeabilität der Meningen in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft in einer großen Anzahl der untersuchten Fälle beträchtlich erhöht ist. Während der Geburt ist diese Veränderung besonders deutlich ausgeprägt. Bei Schwangerschaftstoxikosen ist sie ein typischer Befund. 4—6 Wochen nach der Geburt ist der Normalzustand wieder hergestellt. Für die Pathogenese der Schwangerschaftstoxikosen ist dies von großer Bedeutung, und da auch während der Menstruation die Erhöhung der Permeabilität der Meningen von Heilig und Hoff gefunden wurde, kann in diesem Symptom auch eine Erklärung für das Zustandekommen der psychischen Alteration während der Menstruation gefunden werden. *de Crinis.*

Walter, Fr. K.: Studien über die Permeabilität der Meningen. III. Mitt. Die Permeabilität bei den Psychosen des Rückbildungsalters. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Rostock-Gehlsheim.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 3/4, S. 548—576. 1925.

Fortsetzung der Untersuchungen über die Durchlässigkeit der Hirnhäute für Brom (vgl. dies. Zentrlbl. **41**, 557 und **42**, 60 sowie **42**, 350). Die Technik hat Walter etwas geändert, insofern er zur Enteiweißung Salpetersäure und Phosphorwolframsäure benutzt. Als normaler Permeabilitätsquotient wird weiterhin 2,9—3,3 angenommen. Diesen Wert zeigten 3 Personen hohen Alters (70, 71, 81 Jahre) ohne senile Demenz, z. T. mit Arteriosklerose. Die Fälle mit seniler Demenz haben zum größten Teil erhöhte Permeabilität; anatomisch fanden sich in den untersuchten Fällen fibröse und hyaline Veränderungen der kleinen Hirngefäße; diese Veränderungen fanden sich aber auch in 1 Falle von Schrumpfniere bei normaler Permeabilität. Bei Psychosen im Präsenium ohne spezifisch senile Symptome war der Permeabilitätsquotient normal. Verf. fordert mit Recht die Zusammenarbeit vieler zur Lösung der zahlreichen, von ihm angeschnittenen Fragen. Insbesondere wird nach Ansicht des Ref. zu prüfen sein, inwieweit sich Permeabilität für Brom mit Permeabilität für andere Stoffe deckt.

Wüllenweber (Köln).

O'Leary, Paul A., and Marque O. Nelson: Significance of normal spinal fluid in cases of neurosyphilis. (Die Bedeutung normalen Liquors bei Fällen von Nervensyphilis.) (*Sect. on dermatol. a. syphilol., Mayo clin., Rochester, Minn.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 17, S. 1276—1281. 1925.

In Übereinstimmung mit der in Deutschland herrschenden Auffassung werden die sero-, vor allem liquordiagnostischen Methoden in ihrer Beziehung zur Neurolues gewertet. Ein negatives Ergebnis ist zur Beurteilung wertvoll, aber darf nicht ausschlaggebend verwendet werden. So mußten 70% der von den Verff. behandelten Patienten, deren Liquor im Laufe der Behandlung normal geworden war, weiterbehandelt werden. Ebenso erschien bei 45% der Fälle, die ohne eine vorhergegangene Behandlung einen negativen Liquor zeigten, eine Behandlung geboten. *F. Georgi* (Breslau).

Osborne, Earl D.: Clinical and serologic value of the colloidal benzoin reaction. (Der klinische und serologische Wert der Benzoereaktion.) Arch. of dermatol. a. syphilol. Bd. **12**, Nr. 5, S. 706—719. 1925.

Paralleluntersuchungen zwischen Benzoe- und Goldsolreaktion gaben der ersteren den Vorzug. Sie scheint ähnlich mit der ihr sehr nahestehenden Mastixreaktion weniger im ungünstigen Sinne empfindlich wie die Goldsolreaktion zu sein. Ebensowenig wie die anderen Kolloidreaktionen ist auch sie für Syphilis charakteristisch, gibt aber auf organische Erkrankungen des Zentralnervensystems als feinster Indikator geringste Liquorveränderungen an.

F. Georgi (Breslau).

Grževin, Z., und S. Minsker: Vergleichender Wert der verschiedenen Methoden der Liquoruntersuchung. Venerologija i dermatologija Jg. **1925**, Nr. **4**, S. 31—38. 1925. (Russisch.)

An einem Material von 600 Patienten aus dem venerologischen Institut haben die Verff. die verschiedenen Liquoruntersuchungsmethoden nachgeprüft. Sie kommen

Digitized by Google

zu dem Schluß, daß die Druckmessung keinen Wert besitzt. Die Pleocytose tritt häufig und früh auf. Ist sie isoliert, dann weicht sie leicht der spezifischen Behandlung. Quantitative Eiweißbestimmung besitzt keinen großen Wert. Die praktischste Methode ist die von Brandsberg. Nonne, Pandy, Weichbrodt sind fast gleichwertig. Die Kolloidreaktionen (Lange und Emanuel) haben keinen differentialdiagnostischen Wert bei den verschiedenen Formen der Nervenlues. Sie können nur in gut eingerichteten Laboratorien ausgeführt werden. Meinicke und Sachs-Georgi im Liquor sind weniger wertvoll, als im Blutserum. Sie können lediglich die RW ergänzen. *M. Kroll* (Minsk).

Strecker, H.: Über cerebrales Fieber nach Eingriffen in das Liquorsystem des Menschen. Verhandl. d. physikal.-med. Ges., Würzburg Bd. **49**, Nr. 4, S. 193 bis 194. 1924.

Infolge von Eingriffen in das Liquorsystem, die bestanden in Entleerung von 10—180 ccm Liquor mittels Lumbalpunktion, teilweise unter Zuhilfenahme der endolumbalen Lufteinblasung oder in der Entleerung von 10—30 ccm Liquor mittels Punktion des linken Seitenventrikels, kam es nach einem vorübergehendem Temperaturabfall zu einer intensiven Temperatursteigerung, die um so ausgesprochener war, je mehr Liquor entleert wurde. Die Temperaturveränderungen, die mit denen des Kaninchens nach dem Wärmestich große Ähnlichkeit haben, führt Verf. auf eine Erregung der thermoregulatorischen Zentren zurück. *V. Kafka* (Hamburg).

Großhirn:

Encephalitis:

Martin, Walter B.: Meningeal form of epidemic encephalitis. (Meningeale Form der epidemischen Encephalitis.) Southern med. journ. Bd. **18**, Nr. 10, S. 718—721. 1925.

3 Fälle einer akuten meningitischen Erkrankung bei Jugendlichen: Alle hatten die typischen Erscheinungen einer Meningitis mit starker Vermehrung der Monocyten im Liquor und etwas trübem Liquor, während der Zuckergehalt im Liquor ungefähr normal war; Herdsymptome fehlten; nur einer der Kranken hatte vorübergehende Diplopie; außerdem bestand auffallende Weichheit der vorderen Halsmuskeln und Schwäche der Beine; Heilung nach Lumbalpunktionen, doch war Rekonvaleszenz verlängert. Bakteriologisch Liquor frei, fehlende Blutleukocytose. Nach Ausschluß von tb. Meningitis usw. wird nur die Differentialdiagnose von epidemischer Encephalitis und Poliomyelitis erörtert, letztere ausgeschlossen wegen der mehrtägigen Erkrankung, ohne daß Lähmungen auftraten, der fehlenden Blutleukocytose und der vorwiegend mononucleären Natur der Liquorzellen sowie der Unruhe zweier Fälle und der vorübergehenden Diplopie in einem Fall. (Verf. übersieht aber, daß es ätiologisch wohl heterogene seröse Meningitiden gibt, bei denen die Verminderung des Liquorzuckers wohl nicht immer so evident wie etwa bei tb. Meningitis ist; diese Fälle, wenn die Ätiologie unklar ist, der epidemischen Encephalitis glatt zu subsumieren, erscheint vorläufig untunlich. Ref.) Aussprache: Vaughan weist auf meningitische Syndrome bei früheren Grippeepidemien hin. — Terrell will mit Turner einen grampositiven Diplokokkus bei Encephalitis gefunden haben. — Williams weist auf die langsame Rekonvaleszenz in den Martinschen Fällen hin, wodurch sich die Fälle von Poliomyelitis unterscheiden sollen. *F. Stern.*

Weimann, W.: Atypische Formen der akuten Encephalitis epidemica. Nebst Bemerkungen über die Lokalisation der Encephalitis epidemica und ihre Beziehungen zur Paralyse. (*Psychiatr. Univ.-Klin., Jena.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 1/2, S. 185—217. 1925.

Bei einer nach vierwöchentlicher schwerer Erkrankung verstorbenen Frau (Benommenheit, Schüttelzittern der Arme, Rigidität der gesamten Muskulatur) fand sich eine schon mikroskopisch sichtbare, beiderseits auf das Striatum begrenzte Erweichung. Makroskopisch bestand ein diffus verbreiteter Degenerationsprozeß, welcher von außergewöhnlich intensiven exsudativ-entzündlichen Erscheinungen — Plasmazellinfiltration der kleinen Hirngefäße — begleitet ist, ohne daß aber die Degenerationserscheinungen von dem Entzündungsvorgang abhängig waren. Im allgemeinen waren die entzündlichen Erscheinungen in den vorderen Teilen des Gehirns stärker ausgesprochen als in den hinteren. Das Neencephalon ist am schwersten betroffen und hier vor allem das Putamen mit dem Nucleus caudatus — „unvollkommene Erweichung“ mit Gitterzellen und starker Cytophagocytose —, sodann die Hirnrinde, welche vielfache Entzündungsherde enthält, zum Teil mit Erweichungen in den unteren Schichten, die meist mit meningitischen Infiltraten zusammenhängen; besonders

Digitized by Google

ausgeprägt ist der Prozeß in der Inselrinde, im Ammonshorn und im Mandelkern. An der Marksubstanz fanden sich auch perivasculäre Erweichungen. Nächst dem Neencephalon ist am stärksten betroffen die Substantia nigra, ferner Globus pallidus und Subthalamus. Außerdem sind stärkere entzündliche Veränderungen im Nucleus dentatus und im Kleinhirn vorhanden, hier im Zusammenhang mit einer Meningitis. Dagegen sind Thalamus, Höhlengrau, Brücke und Medulla auffallend wenig beteiligt.

Das Besondere dieses Falles liegt in der diffusen Infiltration der kleinen Hirngefäße, wie sie bisher bei Enc. ep. noch nicht beschrieben ist, den „unvollkommenen Erweichungen" in Striatum und Rinde mit Auftreten von Gitterzellen und Cytophagocytosen, sowie die Veränderungen im Hemisphärenmark und im Kleinhirn. Die Art und Ausbreitung des anatomischen Prozesses bei der Enc. ep. kann dem der progressiven Paralyse sehr ähnlich werden, wenn, wie das hier zutrifft, die Hirnrinde stärker beteiligt ist, so daß ernste differentialdiagnostische Schwierigkeiten entstehen können, wie das Fälle von Gross und Pfeiffer zeigen, welche aber dem Verf. nicht genügend geklärt scheinen. Im allgemeinen muß das Gesamtbild entscheiden; abgesehen von den Veränderungen im Hirnstamm sprechen unregelmäßige, herdförmige Verbreitung der entzündlichen Veränderungen, ihre Abhängigkeit von Piainfiltraten, Fehlen von Hämosiderin für das Vorliegen von Enc. ep. (das im Falle von Scholz gefundene Eisen zeigt eine andere Verteilung als sie bei Paralyse gefunden wird). Was die Lokalisation des Prozesses betrifft, so spricht vieles für die Ansicht von Spatz, daß sich die Erreger bei der Enc. ep. vom Liquor aus, bei der Paralyse von den Blutgefäßen aus verbreiten. *Hallervorden* (Landsberg-Warthe).

Leroy: Parkinsonisme encéphalitique aigu. (Akuter encephalitischer Parkinsonismus.) Journ. de neurol. et de psychiatrie Jg. **25**, Nr. 4, S. 254—256. 1925.

Neuropath, erkrankt Januar 1925 nach kurzen Vorboten mit starkem Parkinsonismus, Akinese, Verlust automatischer Bewegungen, leichter generalisierter Rigidität und Hypertonie; Zitteranfällen, Speichelfluß. Später verstärkt sich noch die Rigidität, allmählich schwindet sie wieder nach 3 Wochen, um einem Zustande psychomotorischer Unruhe, der als Tasikisie bezeichnet wird, Platz zu machen. Verf. erwähnt einen ähnlichen Fall, in dem der akute Parkinsonismus anderen charakteristischen Encephalitissymptomen aufgepfropft war. *F. Stern.*

Gozzano, Mario: Ricerche psicometriche sopra alcuni parkinsoniani postencefalitici. (Psychometrische Untersuchungen bei postencephalitischem Parkinsonismus.) (*Clin. neuropatol., univ., Torino.*) Riv. di patol. nerv. e ment. Bd. **30**, H. 4, S. 304—312. 1925.

Verf. untersuchte an postencephalitischem Parkinsonismus leidende Kranke mittels der Methoden der experimentellen Psychologie, prüfte zunächst den persönlichen Quotienten (Reaktionszeit bei einfachem Reize), Verhalten bei Wahlreaktionen, komplizierteren Aufgaben wie differente Reize an den beiden oberen Gliedmaßen, Wiedererkennungsreaktion usw. In einer zweiten Serie von Versuchen untersuchte er das Verhalten dieser verschiedenen Reaktionen bei denselben Kranken, nachdem sie therapeutischen Einflüssen unterworfen worden waren. Zwei Tabellen und Wiedergabe der psychomotorischen Kurve der einzelnen Fälle veranschaulichen die Befunde. Als wesentliches Ergebnis resümiert Verf., daß der persönliche Quotient erhöht, d. h. die Reaktionszeit bei einfachem Reizversuche verlängert ist, daß dies jedoch lediglich durch die Muskelrigidität bedingt sei, daher auch einer Beeinflussung im Sinne einer Besserung auf entsprechende Medikation hin zugänglich ist (Scopolamin, Atropin usw.). Bei komplizierteren psychischen Vorgängen jedoch (Wahlreaktionen usw.) weichen die gefundenen Werte nicht wesentlich von normalen ab; auch tritt geistige Ermüdung bei diesen Kranken nicht früher ein, als bei Gesunden. Die psychomotorischen Kurven zeigen keinen einheitlichen Typus. *Alexander Pilcz* (Wien).

Eschbach, H.: Parkinsonisme aigu, début d'une encéphalite. (Akuter Parkinsonismus, Beginn einer Encephalitis.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **41**, Nr. 37, S. 1548—1549. 1925.

Nach kurzen Prodromen tritt bei einem Patienten über Nacht eine außerordentlich starke Rigidität und Akinese des ganzen Körpers, insbesondere Akinese der Gesichtsmuskeln ein. Contracturstellung, Tremor, später leichtes Fieber, profuse Schweiße, Inkontinenz, Verwirrtheitszustände. Nach einigen Tagen Exitus. Keine Sektion. *F. Stern* (Göttingen).

Digitized by Google

Gurewitsch, M., und R. Tkatschew: Beiträge zur Klinik der chronischen epidemischen Encephalitis. Extrapyramidale Anfälle. Extrapyramidaler Mutismus. Zentrale Parästhesien. Encephalitis epidemica bei einem Schizophrenen. (*Psychoneurol. Kinderklin. u. psychiatr. Klin., I. Staatsuniv. Moskau.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 3/4, S. 485—502. 1925.

Die Verff. beschreiben zunächst einige Fälle, in denen bei leicht parkinsonistischen Kranken Anfälle auftreten, die sich in Tremor, Speichelfluß, starker Hypertonie mit Contracturstellungen und Gleichgewichtsverlust, Pro- und Retropulsionen äußern. Das Bewußtsein ist dabei erhalten, der Hypertonie des Anfalls kann ein Nachstadium von Hypotonie folgen. Auch die bekannten dyspnoischen Anfälle werden hier angereiht. Die Verff. weisen auf die extrapyramidal-subcorticalen Komponenten bei den epileptischen Anfällen hin, die durch das Studium der isolierten extrapyramidalen Anfälle bei Encephalitis ihre Aufklärung finden. Bei einem weiteren schwer parkinsonistischen Kranken bestand neben Katalepsie völliger Mutismus, während im Schlafe gesprochen wurde; eine Katatonie konnte ausgeschlossen werden; Verff. erwähnen die Feststellung Babinskis, daß im Affekt und im Schlaf Akinesen überhaupt fehlen. Im nächsten Falle handelt es sich um eine Empfindung von etwas Störendem in der Nasengegend, was bei dem kranken Knaben zu dauerndem Kratzen und Sichschneuzen Anlaß gibt; die Verff. führen das auf thalamogene Parästhesien zurück. Endlich Beschreibung eines Falles von alter Schizophrenie chronischer Encephalitis; Apathie und psychotische Erregungen etwas stärker bzw. häufiger als vor Encephalitis. *F. Stern.*

Bychowski, Z.: Hemianopsie bei Encephalitis epidemica. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 3/4, S. 508—513. 1925.

27jähriger Kaufmann erkrankt 1924 an einer zunächst etwas rudimentär beginnenden, in kleinen Schüben verlaufenden epidemischen Encephalitis mit ziemlich charakteristischen Symptomen, Schmerzen, Doppeltsehen, leichten akinetischen Erscheinungen usw. 9 Monate nach Krankheitsbeginn läßt sich in einem neuen Schube neben zeitweiligen klonischen Zuckungen des Halses und Hypalgesie, sowie Hypothermästhesie der rechten Seite auch eine rechtsseitige Hemianopsie mit Maculaaussparung (anscheinend Regressionstendenz) feststellen.

Nach der Auffassung des Verf., der sich Ref. anschließen möchte, ist die Hemianopsie nicht cortical bedingt, sondern subcortical in der Umgebung von Thalamus bzw. Hypothalamus lokalisiert; in Betracht kommen besonders innere Kapsel und Geniculatum later. *Stern* (Göttingen).

Minz, J.: Der epileptiforme Symptomenkomplex der epidemischen Encephalitis. Žurnal nevropatologii i psichiatrii Jg. 18, Nr. 2, S. 99—102. 1925. (Russisch.)

Bei einer 35jährigen Kranken entwickelten sich im Anschluß an Temperaturerhöhung, Schläfrigkeit, Augenmuskellähmungen, myoklonischen und fibrillären Zuckungen typische epileptische Anfälle. Es bestanden sympathikotonische Symptome und Leberfunktionsstörungen (hämoklastische Krisen). Diagnose: epileptiforme Abart der epidemischen Encephalitis. *M. Kroll* (Minsk).

Salkind, E.: Ein Fall von chronischer epidemischer Encephalitis mit Störung der vasomotorischen Reflexe der Haut. Medicinskaja mysl Bd. **3**, Nr. 3, S. 62—67. 1925. (Russisch.)

Im Frühling 1924 akute epidemische Encephalitis; die Erkrankung beginnt mit Singultus, nach 4 Tagen Insomnie, Zuckungen in den Armen, hohes Fieber (bis 40°), dann Schlafsucht, die einen Monat dauerte. Diplopie, gesteigerter Speichelfluß, Sprache gehemmt. Nach 7 Monaten Wiederherstellung des normalen Schlafes (8—9 Stunden). Stimmung und Charakter verändert, auffallende Gleichgültigkeit. Rigidität, Gefühl des Gebundenseins. Gesteigerter Appetit, fortschreitende Adipositas, Pollakurie. Salbengesicht. Ausgesprochene Störung der vasomotorischen Hautreaktionen. Veränderung der Blutformel. Die Ergebnisse der pharmakodynamischen Prüfung (Pilocarpin, Adrenalin, Atropin) und die Hämogramme (nach Schilling) beweisen ein Vorwiegen der vagotonischen Erscheinungen im ganzen klinischen Bilde dieses Patienten, wobei natürlich die Möglichkeit einer von früher her existierenden Vagotonie nicht auszuschließen ist. Der lokale Dermographismus ist verlangsamt, die Latenzzeit = 35 Sekunden, wobei der weiße Streifen erst nach 1 Min. 40 Sek. rot wird. Trotzdem kommt es aber zur Ausbildung einer Dermographia elevata, die auch bei schwacher Reizung — nach 4 Min. 40 Sek. — zustandekommt. Zu gleicher Zeit bestehen aber auch Zeichen einer wenn auch geringer Sympathicotonie (Adrenalinprobe): die Auslösung des weißen Streifens

Digitized by Google

bei sehr geringer Reizstärke. Bei reflektorischem Dermographismus (Nadelstich) bekommt man sofort einen roten Streifen und die Zeitspanne bis zur Ausbildung einer Dermographia elevata ist viel kürzer. Die Symptome des Parkinsonismus sind auf die Affektion des pallidären Systems zurückzuführen. Die vegetativen Zeichen aber müssen, nach der Ansicht des Verfassers, in 2 Gruppen geteilt werden: 1. die Adipositas und die Temperatursteigerung stehen im Zusammenhang mit einer Störung des Tuber cinereum und 2. die gesteigerte Funktion der Talgdrüsen und die groben Störungen der vasomotorischen Reaktionen seien durch die Miterkrankung des Corpus Luysii bedingt. Der ganze Komplex der vegetativen Störungen mit vorwiegenden Zeichen des Parasympathicotonus kann also, nach der Auffassung des Verf., durch eine Erkrankung der höheren vegetativen Zentren im Zwischenhirn erklärt werden.
L. Arinstein (Charlottenburg).

Omorokov, L.: Die pathologische Anatomie der Ausgangszustände der Encephalitis lethargica. Žurnal nevropatologii i psichiatrii Jg. 18, Nr. 2, S. 13—24. 1925. (Russisch.)

In 2 Fällen von Ausgangszuständen der epidemischen Encephalitis konnte Omorokov Veränderungen des Ventrikelependyms und des Plexusependyms feststellen. Die Glia war wenig beteiligt. Die Ependymzellen des Plexus enthielten besondere Einlagerungen von scheinbar parasitärem Charakter. Die Ganglienzellenveränderungen waren in der Nähe der Rindenoberfläche und der Ventrikel am deutlichsten ausgeprägt. Nennenswert waren die Veränderungen des Kerns, der Kernmembran und des Kernchens der Ganglienzellen. Die Infektion kann bei der epidemischen Encephalitis durch die Lymphbahnen aus der Nasenhöhle in die Cerebrospinalflüssigkeit gelangen und von hier aus in das Ependym des 3. Ventrikels, der Plexus und in die Ganglienzellen. *M. Kroll* (Minsk).

Le Fèvre de Arric: Sur le traitement de l'encéphalite épidémique et de ses séquelles par le virus-vaccin. (Behandlung der epidemischen Encephalitis und ihrer Folgen mit Virusvaccine.) Scalpel Jg. 78, Nr. 17, S. 396—399. 1925.

Von Levaditischen Anschauungen ausgehend, werden Kaninchen mit einem „Encephalitisstamm" oder Herpesvirus geimpft, in der Annahme, daß Herpes- und Encephalitisvirus miteinander verwandt oder identisch sind. Von dem Kaninchenhirn der experimentell encephalitiskrank gemachten Tiere werden Emulsionen hergestellt und endolumbale Injektionen bei Kranken gemacht. Manche Kranke reagieren gar nicht, andere, insbesondere chronische mit leichten Temperatursteigerungen usw., wieder andere, namentlich akut Kranke, mit höherem Fieber, Meningismus, Liquorleucocytose. 12 Fälle wurden behandelt. 2 akut Kranke besserten sich rasch nach den Injektionen, von 10 parkinsonistischen Kranken trat bei 2 eine gewisse Besserung ein. Wie lange die Besserung anhalten wird, ist ungewiß. *F. Stern* (Göttingen).

Linsenkernerkrankungen, Dyskinesien:

Leiri, F.: Le syndrome pallidal. (Das pallidare Syndrom.) Acta med. scandinav. Bd. **63**, H. 1/2, S. 24—46. 1925.

Zusammenfassende Übersicht über die Pathophysiologie des Pallidumsyndroms (Starre, Hypokinesie, Zittern), das leider nach Verf. Ansicht seinen Namen nicht mit Recht trägt, da das Wesentliche die enthemmte Kleinhirninnervation ist, im Gegensatz zu der Foersterschen Auffassung, daß sich Pallidum- und Kleinhirnsymptome wie Positiv und Negativ zueinander verhalten. Sherringtons, Magnus de Klejns u. a. Versuche werden besprochen. Von der Enthirnungsstarre geht Leiri aus, um die Pallidumstarre zu erklären. Das enthirnte Tier ist auch ein entkleinhirntes Tier, daher fehlen die Antagonistenkontraktionen bei den Haltungsreflexen. In aufrechter Stellung sind die antagonistischen Beuger vom Kleinhirn innerviert. Die Streckkontraktionen sind auf bulbäre Innervation zurückzuführen, die frei wird, wenn die Pyramiden- und andere Bahnen unterbrochen sind. Der Vestibularapparat erzeugt den Tonus. Die Erkrankung der Stammganglien bedingt einen Verlust der Synkinesien und des Gleichgewichtszustandes in den Muskeln. Drei Eigenschaften des Zentralnervensystems scheinen von grundsätzlicher Bedeutung zu sein: 1. Der Rückenmarksautomatismus verschwindet bei Schädigung der zentripetalen Neurone, die Enthirnungsstarre nach Durchschneidung der hinteren Wurzeln. 2. Stellen die proximalen Teile des Zentralnervensystems ihre Tätigkeit ein, so tritt die der tieferen um so deutlicher zutage. 3. Die motorische Innervation der Agonisten und Antagonisten ist reziprok. Das Klein-

Digitized by Google

hirn innerviert vermutlich die Antagonisten, es hindert aber auch die Kontraktion der Agonisten. Nach Foerster ist das Pallidumsyndrom auf die enthemmte Kleinhirnfunktion zurückzuführen. Die Kleinhirninnervation wird durch die Pallidumläsion freigemacht. Die Beuger stehen unter dem Übergewicht der Kleinhirninnervation, daher die nach vorn gebeugte Haltung der Pallidumkranken. Das Schwergewicht ist der auslösende Reiz für die Stellreflexe. Die Kleinhirninnervation kann Oscillationen hervorrufen. Bei gestreckten Fingern konnte Verf. an zwei Kleinhirnkranken eine besonders ausgesprochene Adiadochokinesis an Hand- und Mittelhandgelenken beobachten. Ist die Kleinhirninnervation enthemmt, so gibt es keine fixierte Gleichgewichtsstellung der Körperteile mehr. Die Antagonisten suchen alle Glieder zur Ausgangsstellung zurückzuführen, das ist wesentlich für die intendierten Bewegungen. Verf. fragt nun, ob diese Wirkungen von der Rinde oder den Kernen des Kleinhirns ausgehen. Er glaubt, daß auch die Rinde nicht ohne jeden Einfluß ist. Die Enthirnung schafft eine dissoziierte Kleinhirninnervation, die die fördernde Agonistenkonzentration unterdrückt, solange sich noch die hemmende kundgibt. Also bei Enthirnungsstarre Kleinhirninnervation! Stirnhirnveränderungen und solche der Stirnhirn-Brücken-Kleinhirnbahnen enthemmen die Kleinhirninnervationen, schaffen also Parkinsonähnliche Bilder. Beim extrapyramidalen Syndrom zeigt sich die Enthemmung der Stellreflexe als Tonusvermehrung und Hyperkinese. Bei Spätfällen von Encephalitis kommt es zur Degeneration der tieferliegenden Neurone und damit zu einer Hemmung der motorischen Innervation. Das extrapyramidale Syndrom ist also bedingt durch die Einbuße an Kinetik und durch Fortfall der Hemmung seitens der höheren Hirnteile auf Kleinhirn-, Mittelhirn-, Bulbus- und Rückenmarksreflexe. Hypokinese ist gesteigerte Kleinhirnfunktion. Das zeigt den Weg zum operativen Eingehen am Kleinhirn selbst bei jungen Encephalitiskranken, deren Leiden noch nicht zu weit vorgeschritten ist. Die Durchschneidung der hinteren Wurzeln wird abgelehnt, weil dann eine Korrektion motorischer Störungen von der Rinde aus nicht mehr möglich ist. *Kastan.*

Hirngeschwulst, Hirnabsceß:

Brief, Josef: Ein Fall von halbseitiger multipler Hirnnervenlähmung, verursacht durch tuberkulöse Granulationen an der Schädelbasis. (*Med. Klin., Univ. Debrecen.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 45, S. 1212—1213. 1925.

Seltener Fall einer einseitigen basalen Hirnnervenlähmung tuberkulöser Natur. Bei einem 42jährigen Landwirt tritt im Laufe von nahezu 9 Jahren nach einer im September 1914 erlittenen Granatsplitterverletzung und einem gleichzeitigen Bajonettstich hinter dem linken Ohr eine fortschreitende Eiterung in der Umgebung des Stiches auf; trotz 2 Schädeloperationen Verschlimmerung mit Lähmung der linksseitigen Hirnnerven außer VIII, X und XI. Februar 1923 tödlicher Ausgang unter den Erscheinungen der Basilarmeningitis. Die Autopsie stellt in Übereinstimmung mit der klinischen Beurteilung fest, daß tuberkulöses „Granulationsgewebe" die Lähmung der linksseitigen Hirnnerven verursacht hat; im Schrifttum ist die Mehrzahl ähnlicher Fälle durch Neoplasmen bedingt. Das klinische Freibleiben des N. vagus accessorius steht im Widerspruch zu der Umscheidung der Nerven durch Granulationsgewebe. Das Fehlen von Hirndruckerscheinungen wird auf die in der Regel ungehinderte Liquorzirkulation bezogen. *Dinkler* (Aachen).

Citelli, Salvatore: Su un nuovo metodo per la ricerca e l'apertura degli ascessi encefalici (con ricerche sperimentali). (Eine neue Methode der Aufsuchung und Eröffnung der Gehirnabscesse [mit experimentellen Studien].) Arch. ital. di otol., rinol. e laringol. Bd. 36, H. 6, S. 352—359. 1925.

Analog dem Vorgehen bei Abscessen oder Echinokokkuscysten der Lunge und der Leber hat der Verf. gedacht, daß sich auch nach dem Bloßlegen der harten Hirnhaut und der nachherigen festen Tamponade mit Jodoformgaze, Adhäsionen zwischen den Hirnhäuten bilden müßten. Nachdem diese Adhäsionen schon ausgebildet wären, könnte man ohne Gefahr, eine Leptomeningitis zu provozieren, die Dura breit incidieren. Es war aber notwendig, die minimale Zeit festzustellen, welche zur Bildung genügender Adhäsionen notwendig ist, weil man beim Peritoneum oder Pleura gewöhnlich eine Woche nach der Tamponade warten muß. Deswegen hat der Verf. bei 5 Kaninchen die Dura breit freigelegt und die Wunde mit Jodoformgaze tamponiert. Die Tiere wurden durch Verbluten getötet, und zwar nach 24, 48, 72, 82 Stun-

Digitized by Google

den und 5½ Tagen. Schon 24 Stunden nach dem Eingriff konnte man feststellen, daß die Pia mater mehr oder weniger adhärent war. Nach 48 Stunden waren die Adhäsionen schon genügend ausgebildet, wie der Verf. histologisch feststellen konnte. Auf Grund dieser Experimente schlägt er folgendes Verfahren vor. Zuerst wird die Dura breit freigelegt und die Wunde fest mit Jodoformgaze tamponiert. Nach 48 Stunden wird der Tampon entfernt und die Dura breit incidiert. Dann wird die Gehirnsubstanz in verschiedenen Richtungen mit einer Sonde punktiert, und wenn Eiter gefunden wird, folgt die Incision mit dem Messer, Entleerung des Abscesses und Drainage. In Fällen, wo eine Aufsuchung oder Entleerung des Abscesses dringend notwendig ist, kann man die Dura auch nach 24 Stunden incidieren. *Šercer* (Zagreb).°°

Bruskin, L.: Über Gehirnabscesse nach Schußverletzungen des Schädels. (*Chir. Klin., I. Univ., Moskau.*) Arch. f. klin. Chir. Bd. **136**, H. 1, S. 109—114. 1925.

Nach nicht primär operativ versorgten Schädelschußverletzungen kommt es in 70% zu Gehirnabscessen, deren Ursprung auf Infektion der Schußwunden zurückzuführen ist. Hirnbrei bietet den Bakterien der Kopfschwarte einen besonders günstigen Nährboden. Ein äußerer Hinweis auf die Infektion ist in der oft lange Zeit bestehenden Eiterabsonderung aus den im Vergleich zur Hirnzerstörung unverhältnismäßig kleinen Ein- und Ausschußöffnung zu sehen. Die Symptome des Hirnabscesses fehlen oft bis zuletzt, doch besteht meist dauernd Kopfschmerz. Die schwersten Symptome stellen sich ein, wenn auch die Operation nicht mehr helfen kann. Daher soll man die akuten Absceßzeichen niemals abwarten, vor allem sich bei Ablehnung des Eingriffs nicht auf normale oder subnormale Temperaturen verlassen. Ein Gehirnvorfall, der sich aus der kleinen Schädelwunde vorwölbt und abschnürt, muß den Verdacht auf Hirnabceß erregen. — Mehrfache Absceßbildungen wurden öfters beobachtet, wenn mehrere Splitter im Gehirn nachweisbar waren. Todesursache ist fast immer eitrige Hirnhautentzündung oder Eiterdurchbruch in die Ventrikel. Gehirnabscesse neigen zu Rezidiven, die sich immer um zurückgelassene Knochen- oder Geschoßsplitter bilden. Diese sind daher bei Eingriffen stets sorgfältig zu entfernen. Tangential- oder Segmentalschüsse mit kurzem Schußkanal besitzen eine bessere Prognose als die Diametralschüsse. Bei diesen sind auf beiden Seiten Trepanationsöffnungen anzulegen.
E. Heymann (Charlottenburg).

Bleyl, R.: Stirnhirnabsceß im Gefolge otogener Sinusthrombose. Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **13**, H. 1, S. 16—21. 1925.

Operation einer infolge rezidivierender Mittelohreiterung entstandenen Sinusphlebitis durch Ausräumung des Sinus und Unterbindung der Vena jugularis. Einige Tage darauf linksseitige (metastatische?) Lungenentzündung, die langsam zurückgeht. Einen Monat nach der Operation Zeichen eines interkraniellen Eiterherdes, der zuerst im Kleinhirn gesucht wird, doch Punktionen negativ; eine Woche später mit Eintritt von Herderscheinungen Freilegung des mit der Ohrenoperation gleichseitigen Schläfenlappens, doch wird kein Eiterherd gefunden. Die Sektion deckt einen am oberen Pol des rechten Stirnhirns gelegenen größeren Rindenabsceß auf, von dem eine thrombosierte Vene zur Fossa Sylvii zieht. Es wird angenommen, daß der Absceß durch Fortleitung der Infektion auf dem Wege der Piavenen entstanden ist, da auf metastatisch-embolischem Wege zur Entwicklung kommende Abscesse solche des Markes und nicht der Rinde seien. *Geelvink* (Frankfurt a. M.).

Bar, Louis: Contribution à l'étude de l'ostéite de la pointe du rocher et l'abcès extra-dural qui s'y localisent. (Caries der Felsenbeinspitze mit extraduralem Absceß.) Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Bd. **44**, Nr. 10, S. 1023—1027. 1925.

Fall von chronischer Mittelohreiterung, der trotz rechtzeitig ausgeführter Radikaloperation unter dem Bilde einer Meningitis zugrunde ging. Autopsie: Otogene Meningitis, extraduraler Absceß in der Gegend der Felsenbeinspitze und Caries derselben. Die Infektion erfolgte vom Mittelohr her und breitete sich auf dem präformierten Wege, der die Zellen der Felsenbeinspitze mit dem Mittelohr verbindet, aus. *Taterka* (Berlin).

Kleinhirn, Vestibularapparat, hereditäre familiäre Ataxien:

Parodi, Umberto, e Silvio Ricca: Contributo alla conoscenza della atrofia olivo-pontocerebellare. (Beitrag zur Kenntnis der Atrophia olivo-ponto-cerebellaris.) (*Istit. di anat. patol., univ., Catania.*) Riv. di patol. nerv. e ment. Bd. **30**, H. 4, S. 273—303. 1925.

Bei einem 51jährigen Mann ohne besondere familiäre und persönliche Anamnese stellten

Digitized by Google

sich allmählich Störungen des Ganges und der Sprache sowie leichte intellektuelle Ausfälle ein, 1 Jahr nach Beginn akute Psychose, die sich später nicht wiederholt. Nach und nach allgemeine motorische Hemmung, Schwierigkeit, später Unmöglichkeit rascher und rasch aufeinander folgender sowie alternierender Bewegungen, bei Erhaltensein isolierter langsamer Bewegung, später hyperkinetische Erscheinungen (Subsultus, zum Teil in der Form reflektorischer Kontraktionen), die zuletzt überwogen, progressive Verschlimmerung der bereits vorher bestehenden Dysstasie und Dysbasie, bis zur Astasie und Abasie, der Dysarthrie zur Anarthrie. Dabei leichter Intentionstremor (Kopf- und Rumpfzittern), geringer Nystagmus; Störungen beim Urinlassen (Prostatahypertrophie), Zwangslachen, Augensperre mit positivem Graefe, Erhöhung der tiefen Reflexe, positiver Babinski. Die leichte Intelligenzstörung des Initialstadiums blieb stationär. Daneben arterielle Drucksteigerung, neurotropische Hautaffektion. Tod 6 Jahre nach Beginn der Erkrankung. Die Sektion ergab alle Zeichen einer Atrophia olivo-ponto-cerebellaris nach Dejerine-Thomas; Atrophie des Kleinhirns, der Brücke, weniger der Oblongata bei normal großen Großhirnhemisphären und normalem Rückenmark, Dura und Pia bis auf regionäre Trübungen der letzteren intakt. Basalarterien dünnwandig und durchgängig, selten atheromatöse Stellen, insbesondere waren auch die Kleinhirnarterien völlig normal. Normal war auch die Form des Kleinhirns erhalten, wenn auch die Atrophie mehr die Hemisphären als den Wurm betraf, und zwar war es die Markschicht, welche schon makroskopisch starke Reduktion und graue Verfärbung zeigte. In der Brücke fiel besonders die Atrophie der Brückenarme auf, im Bulbus, der sonst makroskopisch nichts Abnormes bot, das Hervortreten der Oliven. Mikroskopisch: Schwund der Markfasern innerhalb der Hemisphären in der Markschicht, in der Körnerschicht und in der Schicht der Purkinje-Zellen, besonders auch an der Grenze der Molekularschicht. Daneben Verminderung der Purkinje-Zellen, teilweise Veränderung der erhaltenen im Sinne einer Nisslschen Chromolyse, ohne Lipoid-Produktion. Starke Gliawucherung an Stelle der verschwundenen Purkinje-Zellen, Bildung einer gliösen Marginalzone in der darunterliegenden Körnerschicht. Geringe Veränderungen der Molekularschicht. In der Markschicht außer dem Markfaserschwund und Gliawucherungen auch lipo-lipoide Körnchenansammlung im Endothel der kleinen Gefäße sowie in der Umgebung der Capillaren der Körnerschicht. Meningen normal bis auf gelegentliche Lymphocytenansammlungen, seltener Makrophagen. Im eigentlichen Markkörper waren bei weitgehendem Untergang der Markscheiden viele Achsenzylinder erhalten, auch hier Gliawucherung und lipo-lipoide Körnchen sowie Infiltration der Gefäßwände mit Lymphocyten und Phagocyten. Alle die Veränderungen betrafen vorwiegend die Hemisphären, der Wurm blieb verhältnismäßig davon verschont. Intakt waren auch die zentralen Kleinhirnkerne und ihre Markkapsel. In der Brücke zeigten schwerste Degeneration die transversalen Fibrae superficiales und profundae (bei Intaktheit der longitudinalen Systeme und der Haube), die Brückenarme, die Zellen der Brückenkerne, bei gleichzeitiger Gliawucherung in der Umgebung der Basilarregion und perivasculärer Infiltration wie im Kleinhirnmark. In der Oblongata fiel der Schwund der Fibrae arciformes anteriores auf, außerdem zeigten die gekreuzten Fibrae olivo-cerebellares große Lücken, am frontalen Olivenpol auch die gleichseitigen, ferner bestand Atrophie der Zellen in den Nuclei arciformes und in den Oliven und Nebenoliven, vielleicht auch im Nucleus lateralis. Überall Gliawucherung, wo Zellen und Fasern zugrunde gegangen waren. Leichte Atrophie des lateralen Vestibulariskerns, stärkere im Randgebiet des Corpus restiforme, soweit es sich aus den Fibrae arciformes anteriores externae und den Fibrae olivo-cerebellares aufbaut. Geringe Leukocyteninfiltration an der Eintrittsstelle des Corpus restiforme in das Kleinhirn, daselbst auch Makrophagen. Im Rückenmark keine besonderen Veränderungen, im Mittelhirn gleichfalls normale Verhältnisse, abgesehen von lichter Pal-Färbung des Hirnschenkels besonders im medialen Fünftel. Intakt waren auch Thalamus, Pallidum, Striatum, Großhirnmark und Großhirnrinde.

Parodi und Ricca machen auf die Schwierigkeit der Diagnose intra vitam aufmerksam, da außer der Dysstasie und Dysbasie keine spezifischen Kleinhirnsymptome beobachtet wurden und andrerseits die hyperkinetischen Erscheinungen und das Zwangslachen an Striatumerkrankung denken ließen. Sie beschreiben in ganz minutiöser Weise die Art der motorischen Störungen und vergleichen sie mit den aus der Literatur der Atrophia olivo-ponto-cerebellaris bekannten Symptomen. Sie betonen namentlich das Moment der Hemmung, das bei allen Bewegungen im Vordergrunde stand und gleichfalls exquisit striären Eindruck machte, ferner den durch reflektorische Reizung stark beeinflußten Myoclonus, das Basedowauge, die Intelligenzstörungen (Schwund des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit). Über die Art des Prozesses kommen sie zu folgenden Schlußfolgerungen: Ein bisher unbekanntes exogenes Agens mit elektiver Affinität für das olivo-ponto-cerebellare System setzt degenerativ-infiltrative Veränderungen, die zum Untergang der Markscheiden innerhalb dieses Systems mit relativem Intaktbleiben der Achsenzylinder sowie zur Atrophie der Ganglienzellen

Digitized by Google

in der Olive, der Brücke und der Purkinjezellen, ferner zu entzündlichen perivasculären Veränderungen und zu Gliawucherungen an den Stellen regressiver Prozesse der nervösen Elemente führen. *Wallenberg* (Danzig).

Grünberg, G. I.: Über Nystagmographie während der Drehung. (*Klin. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankh., milit.-med. Akad., Leningrad.*) Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **13**, H. 2, S. 283—290. 1925.

Der vom Verf. (vgl. Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. **7**, H. 4) beschriebene und jetzt verbesserte Nystagmograph ermöglicht die graphische Registrierung des Drehnystagmus. Verf. findet, daß 1. die Dauer des Nystagmus während der Drehung bei Normalen zwischen 10 und 40 Sek. schwankt, gewöhnlich länger als 20 Sek. andauert. 2. Unabhängig von der Dauer des Nystagmus während der Drehung ist die Nystagmusreaktion des Labyrinths nach der Drehung immer stärker ausgeprägt als während der Drehung. *Hansen* (Heidelberg).

Bárány, R.: Die Indikationen zur Labyrinthoperation. (*4. northern oto-laryngol. congr., Helsingfors, 27./28. III. 1925.*) Acta oto-laryngol. Bd. **6**, H. 3/4, S. 260—288 u. 643—645. 1924.

Labyrintheiterungen sind bekanntlich lebenbedrohende Komplikationen der Mittelohreiterungen. Durch prophylaktisches Eingreifen hat die Zahl der intrakraniellen Komplikationen beträchtlich abgenommen. Die rechtzeitige Radikaloperation ist ein sicheres Mittel zur Verhütung dieser Komplikationen. Daher gehören Schädelbasisfrakturen mit den dabei häufigen Frakturen des Labyrinths künftig nicht in die chirurgischen, sondern in die Ohrenkliniken; liegt doch die Gefahr eines Schädelbasisbruchs wesentlich in der Infektionsgefahr seitens des Mittelohrs oder der Nasennebenhöhlen. — Verwechslungen sind möglich mit Neuritiden des N. cochlearis und vestibularis, wie sie bei intaktem, aber auch natürlich bei eitrig erkranktem Mittelohr auftreten können, so bei Herpes Zoster, Erysipel, bei Lues, bei Rheumatismus. Differentialdiagnostisch kommt hier auch die intrakranielle Auslösung von Nystagmus, Gleichgewichtsstörungen, Vorbeizeigen durch einen Kleinhirnabsceß oder eine Meningitis serosa circumscripta in Betracht. Bárány berichtet über einen Fall von perisinuösem und extraduralem Absceß mit vermutlich circumscripter seröser Meningitis der hinteren Schädelgrube, bei dem nach der Operation die Erscheinungen allmählich abgeklungen und bis auf geringe Reste verschwunden sind. — Bei Tuberkulose, Scharlach, bei akuter Otitis braucht man nicht unmittelbar einzugreifen, sondern kann eine Zeitlang warten, stets operationsbereit für den Fall des Eintretens intrakranieller Symptome. Die große Operation nach Jansen-Neumann — Eröffnung des Vestibulums von rückwärts her, kombiniert mit der Eröffnung des ovalen Fensters und Promontoriums und evtl. des vorderen Schenkels des horizontalen Bogenganges — ist nur bei Erkrankung der Knochen um das Labyrinth herum und insbesondere bei einem tiefen Extraduralabsceß angezeigt. In den anderen Fällen genügt die Eröffnung des Vestibulums und der unteren Schneckenwindung durch Erweiterung des ovalen Fensters und Abtragung des Promontoriums, die Erweiterung einer evtl. Labyrinthfistel, gefolgt von Auskratzung des Labyrinthinnern. — Bei eitrigen Meningitiden und Kleinhirnabscessen ist die große Labyrinthoperation auszuführen, bei Meningitis der Eingriff am Labyrinth mit der Duraschlitzung und Duradrainage zu vereinigen. Bei den vom Schädelinnern ausgehenden Labyrinthitiden — besonders bei Meningitis cerebrospinalis epidemica — ist ein Eingriff am Labyrinth bisher nicht gemacht worden. B. rät, bei Fällen von totaler Ertaubung in den ersten Wochen nach der Ertaubung zu einer Eröffnung des Vestibulums durch Extraktion des Steigbügels und Erweiterung des ovalen Fensters. Vielleicht würde die Erweiterung eines Abflusses, die Verminderung des intralabyrinthären Druckes und seiner schädlichen Folgen wenigstens ein gewisses Gehör bestehen lassen. — Als Indikation für die Labyrinthoperation betrachtet B. schwere, durch kein anderes Mittel zu beseitigende Schwindelanfälle bei

Digitized by Google

erregbarem Vestibularapparat und bei Taubheit oder wenigstens bei solcher Herabsetzung des Gehörs, daß dieses gegenüber dem anderen Ohre nicht in Betracht kommt. Vorher ist medikamentöse Behandlung, Lumbalpunktion und Freilegung der Dura der hinteren Schädelgrube zu versuchen. — Schließlich kommt die Labyrinthoperation als Voroperation zur Entfernung von Acusticustumoren in Betracht. Verf. ist geneigt, von den verschiedenen Verfahren der von Cushing angegebenen Modifikation der Krauseschen Methode den Vorzug zu geben, der außer bei ganz kleinen Tumoren auf eine Radikaloperation mit ihren Gefahren (Schock, schwere Blutungen, Zerreißung von Hirnnerven) verzichtet und sich darauf beschränkt, den Tumor freizulegen, seine Kapsel zu eröffnen und ihn nun mit scharfem Löffel intracapsulär zu morzellieren und auszulöffeln. Dieses Verfahren kann evtl. mit der translabyrinthären Methode kombiniert werden. *Berliner* (Obernigk).

Brüning, F., und E. Forster: Über die Behandlung der lästigen subjektiven Ohrgeräusche durch operative Ausschaltung des Sympathicus. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 21, S. 860—861. 1925.

Die operative Ausschaltung des Sympathicus hat ihre schönsten Erfolge in der Behandlung der angiospastischen Reizzustände zu verzeichnen. Quälende Ohrgeräusche beruhen oftmals auf solchen Gefäßstörungen. Brüning stellt sich vor, daß das Blut aus einem segmentär verengten in einen nicht spastischen Bezirk ströme. Demgemäß muß auch der Anwendung gefäßlähmender Mittel eine therapeutische Berechtigung zuerkannt werden. Ein schöner Erfolg wurde bei einem 74 Jahre alten Manne nach Entfernung des Halsgrenzstrangs bis zum Ganglion supremum sowie nach Sympathektomie an der A. carotis erzielt. *E. Heymann* (Charlottenburg).

Rückenmark und Wirbelsäule:

Multiple Sklerose, Syringomyelie:

Macbride, Henry J.: Syringomyelia in association with acromegaly. (Syringomyelie in Verbindung mit Akromegalie.) Journ. of neurol. a. psychopathol. Bd. **6**, Nr. 22, S. 114—122. 1925.

Mitteilung zweier durch den Titel charakterisierter Fälle. Die Erscheinungen der Akromegalie gingen denen der Syringomyelie voraus. Eine Literaturübersicht ergibt, daß Fälle dieser Art mehrfach beobachtet wurden.

Zur Erklärung des Zusammenhangs weist der Autor einerseits darauf hin, daß die bei der Akromegalie nicht selten zu findende Splanchnomegalie auf eine Hyperplasie der spezifisch funktionierenden Zellen mit darauffolgender Fibrose zurückgeht, und hält es für möglich, daß ein ähnlicher Prozeß sich auf die Ependymzellen erstreckt, mit anschließender Gliose. Andererseits besteht eine zweite Erklärungsmöglichkeit in dem Auftreten akromegaler Symptome bei Hydrocephalus, welch letzterer wiederum mit Hydromyelie verbunden sein könne. *Erwin Wexberg* (Wien).

Roskam, Jacques: Un cas de syringomyélie type Morvan avec symptôme oculaire rare. (Ein Fall von Syringomyelie [Typus Morvan] mit seltenem Augensymptom.) (*Clin. méd., univ., Liège.*) Journ. de neurol. et de psychiatrie Jg. **25**, Nr. 5, S. 305—309. 1925.

Vorstellung eines Falles von Syringomyelie mit überwiegend trophischen Störungen und abgelaufener Stauungspapille. *M. Grünthal* (Berlin).

Scharápov, B.: Behandlung der Syringomyelie mit Röntgenstrahlen. Vestnik rentgenologii i radiologii Bd. **3**, Nr. 5, S. 275—280. 1925. (Russisch.)

In 14 Fällen von Syringomyelie konnte Scharápov nach Röntgentherapie gute Resultate feststellen. Die Schmerzempfindlichkeit kehrte wieder, die Muskelkraft wurde stärker, die Thermanästhesie ging teilweise zurück. Es wurden kleine Dosen verabfolgt, einmal wöchentlich in Serien aus 6 Seancen, während welcher im ganzen 12—18 H verabfolgt wurde. Nach einem Monat, wenn nötig, Wiederholung. *M. Kroll* (Minsk).

Rückenmarksgeschwülste:

Pines, I.-L. Ja.: Über Querschnittsläsionen des Rückenmarkes infolge von extravertebralen Tumoren. (Zur Klinik und pathologischen Anatomie der sogenannten Kom-

Digitized by Google

pressionsmyelitiden.) (*Klin. f. Nervenkrankh., Inst. f. med. Wiss. u. Laborat. f. Anat., Inst. f. Hirnforsch., Leningrad.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 1/2, S. 290—312. 1925.

An Hand von 4 extravertebralen Geschwülsten (ein Sarkom, 3 Carcinome), die zu Erscheinungen von seiten des Rückenmarks geführt haben und deren Krankengeschichten klinisch wie besonders pathologisch-anatomisch ausführlich mitgeteilt werden, wird gezeigt, daß als pathogenetische Erscheinungen für die Rückenmarkssymptome 3 Faktoren auseinanderzuhalten sind: die Ischämie (als Folge mechanischer Kompression), Stauung und Toxämie. Diese Faktoren wirken in den einzelnen Fällen nicht getrennt, von ihrer Kombination hängt aber im Einzelfall Entstehungsweise, Verlauf, Symptomatologie wie Histopathologie ab. Im allgemeinen stellte sich das histologische Bild wie folgt dar: Im Beginn Stauung der Gefäße, dann siebartige Erweiterung der Gewebsmaschen und Quellung der Achsenzylinder, schließlich hydrämischer oder ischämischer Gewebsuntergang. Keine entzündlichen Erscheinungen am Gefäßapparat. Wo es noch zu keinem nekrotischen Prozeß gekommen ist, Hyperplasie des Neurogliagewebes. Graue Substanz weniger ergriffen als weiße. Bei wesentlich mechanischer Druckwirkung zuletzt nekrotische Herde infolge Ischämie. Bei im Vordergrund stehender Stauung Höhlenbildungen und hydrämische Entartung des Nervengewebes infolge Ödem, bei Toxinwirkung darüber hinaus in von der Kompressionsstelle weit entfernten Bezirken außer den sekundären Degenerationen noch ausgeprägte chromatolytische Veränderungen an den Nervenzellen und Reizerscheinungen am Gliagewebe.

Erna Ball (Berlin).

Mixter, William Jason: The use of lipiodol in tumor of the spinal cord. (Die Verwendung des Lipiodols beim Rückenmarktumor.) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **14**, Nr. 1, S. 35—45. 1925.

Lipiodol soll nur eingespritzt werden, wenn mittels kombinierter Punktion eine Blockierung nachgewiesen ist. Auf größere Dosen Lipiodol wuchs der Zellgehalt des Liquors auf über 1000 Zellen. Ebenso pflegt eine Globulinvermehrung nachweisbar zu sein. Nach der Injektion meist Kopfschmerzen. Nach 8 Monaten unveränderter Lipiodolbefund. Verwandt werden 1—2 ccm. Trendelenburgsche Lage nach lumbaler Füllung, falls Caudaneubildung, Cysterneninjektion, falls spinaler Sitz vermutet wurde. Niemals sollten beide Injektionen gleichzeitig ausgeführt werden. Am wichtigsten ist es, von einer Neubildung die obere Grenze zu kennen. Die vorübergehende Zurückhaltung kleiner Öltropfen erwies sich als bedeutungslos, kappenförmige Gestalt des zurückgehaltenen Öls deutete auf extramedullären Tumor oder auf intraspinalen Absceß nach Spondylitis tuberculosa. Verf. teilt die Ansicht Laplanes, daß bei echtem Block Lipoidol zurückfließt, sobald der Kranke gekippt wird, dies aber bei Verwachsungen nicht eintritt. Bei sicherer neurologischer und unbestimmter radiologischer Unterlage ist der neurologische Befund entscheidend. Der Hauptwert der Lipiodolmethode besteht in der Sicherung der Höhendiagnose.

E. Heymann (Charlottenburg).

Oljenick, Ign.: Erfahrungen mit Lipiodol bei Rückenmarkserkrankungen. (*Neurol. u. chir. Univ.-Klin., Amsterdam.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 88, H. 1/2, S. 14—41. 1925.

Verf. beschäftigt sich zunächst mit der chemischen Zusammensetzung des Lipiodols (1 ccm Lipiodol enthält 540 mg Jod). Im allgemeinen wurde das Öl bei intramuskulärer, intrabronchialer, intra- und extraduraler Einverleibung gut vertragen. Eigene Erfahrungen der dortigen Kliniken ergaben jedoch Jodismus nach intralaryngealer Injektion von 20 ccm Lipiodol. Weiterhin zeigten Einspritzungen von 1—2 ccm Lipiodol in die Tunica vaginalis bei Hydrocele testis, welche in den darauffolgenden Tagen operiert wurden, daß die vor der Injektion normale Flüssigkeit durch Fibrinflöckchen getrübt war und eine hämorrhagische Entzündung bestand. Verf. empfiehlt vor Lipiodolanwendung zur Prüfung evtl. Jodidiosynkrasie Jodkalilösung per os zu

Digitized by Google

geben. Intradural eingespritzt wurde das Lipiodol bei allen Fällen gut vertragen, nur eine eventuelle Steigerung schon vorherbestehender Wurzelschmerzen wurde beobachtet. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Beobachtung eines epiduralen Depots von Lipiodol, das 1 Jahr vorher anderwärts appliziert war. Obwohl die Patientin keine Ahnung von dem Depot hatte, gab sie eine Zunahme ihrer früheren Kreuzschmerzen und Ausdehnung derselben auf die Sacral- und Steißbeingegend zu, an. Die Technik des Verf. ist die übliche; es erfolgt die Einführung des Lipiodols entweder durch Lumbalpunktion mit nachfolgender Trendelenburgscher Beckenhochlagerung oder durch Suboccipitalpunktion und Aufsetzen des Patienten. Um obere und untere Grenze bei völligem Abschluß des subarachnoidealen Raumes des Rückenmarks festzustellen, müssen hintereinander beide Methoden beim gleichen Patienten angewendet werden.

In einem Falle, bei dem zunächst die Höhendiagnose der Rückenmarkkompression klinisch auf Segment D. XII gestellt wurde (auch der Röntgenbefund wies eine Affektion der Wirbel thorac. XI — lumb. I auf), wies der Lipiodolstop auf thorac. IX hin. Auch traten nach der Lipiodolinjektion Wurzelschmerzen von thorac. IX mit entsprechenden Sensibilitätsstörungen auf. Operationsbefund: Neurofibrom intradural von Wurzel thorac IX. ausgehend. — In einem zunächst als Caudatumor klinisch diagnostizierten Fall konnte, da lumbal kein Liquor abfloß, nur suboccipital Lipiodol injiziert werden. Die Lipiodolgrenze wies auf D. XII hin. Auch hier traten nach der Injektion Babinski und Sensibilitätsstörungen bis D. XII aufwärts ein, so daß die Diagnose auf Tumor in D. XII gestellt wurde. Bei der Operation fand sich nun ein Tumor in D. XII und unterhalb von ihm, durch eine Einschnürung von ihm getrennt, ein zweiter bis in die Cauda reichender Tumor (Endotheliome). — Bei einem 3. Falle mit Brown-Séquard-Symptomatologie von D. VI ab, nach einem Sturz, ergab die lumbale Injektion einen Streifen von D. X bis D. V rechterseits, mit vollkommen Arrêt in D. V. Daraufhin wurde zur Bestimmung der oberen Grenze eines eventuellen Neoplasmas suboccipital Lipiodol injiziert, das merkwürdigerweise glatt passierte. Nach dieser merkwürdigen Feststellung wurde der Patient wiederum in Trendelenburgsche Lage gebracht, und wiederum fand sich der Lipiodolstop in D. V. Verf. glaubt dadurch die Diagnose auf Arachnitis adhaesiva traumatica gesichert.

Verf. betont besonders die Präzisierung der Gefühlsstörungen durch die Lipiodolinjektion, die neben dem Arrêt die Höhendiagnose sichern.

Otto Schwab (Breslau).

Piccinino, Guido: La Roentgen-lipiodo-diagnosi dello speco vertebrale. (Die Lipiodoldiagnostik des Wirbelkanals.) (*Istit. di terapia fisica, osp. uniti, Napoli.*) Arch. di radiol. Bd. 1, H. 3, S. 381—384. 1925.

Die Nachprüfung der Sicardschen Methode ergab volle Bestätigung der bekannten Angaben. Was den praktischen Wert anbelangt, so weist der Autor darauf hin, daß in allen Fällen, wo der Lipiodolversuch ein deutliches Ergebnis hat, auch mit rein klinischen Methoden die exakte Lokalisation des Passagehindernisses möglich war. Die bloße Bestätigung des Ergebnisses der neurologischen Untersuchung ist aber nur in solchen Fällen von Wert, wo ein chirurgischer Eingriff in Betracht kommt. Das wird an einem Fall, der ohne Lipiodol zu weit caudal laminektomiert wurde und bei dem später die Lipiodolprobe die richtige Lokalisation feststellte, illustriert. Allerdings sprachen auch hier die klinischen Zeichen für die höhere Lokalisation. Weiters ist die Lipiodoldiagnostik bei Caudatumoren von Wert, wo die klinische Lokaldiagnose auf Schwierigkeiten stößt.

Erwin Wexberg (Wien).

Forestier, Jacques: Que devient le lipiodol dans le liquide céphalo-rachidien? (Was wird aus dem Lipiodol in der Lumbalflüssigkeit?) Progr. méd. Jg. 53, Nr. 22, S. 802 bis 808. 1925.

Als Maß für die Resorption des Jodöls kann die Ausscheidung von Jod durch den Urin gelten. Es zeigt sich, daß die Ausscheidung langsam erfolgt, daß sie fernerhin fortdauernd vor sich geht, daß somit eine Einkapselung des Öls nicht erfolgt. Die Untersuchung von Fällen, welche Monate und Jahre lang Lipiodol im Lumbalkanal hatten, zeigt, daß keinerlei nervöse Störungen auftreten, auch wenn das Öl, wie in 2 Fällen 36 oder 39 Monate röntgenologisch noch nachweisbar war. Auch histologisch ließen sich Gewebsschädigungen nicht feststellen. Die Resorptionsfähigkeit hängt allerdings zu-

Digitized by Google

sammen mit dem histologischen Zustande der Meningen. Bei gewissen Formen von chronischen Meningitiden scheint die Aufnahme des Öls etwas schneller vor sich zu gehen. Niemals kann die Anwesenheit von Lipiodol im Lumbalkanal Veranlassung zu tödlichen Zwischenfällen geben. Wenn ernstere Zwischenfälle vorgekommen sind, so sind sie mehr der Punktion zur Last zu legen als der Injektion. Leichtere Störungen in den ersten Tagen nach der Injektion verschwinden meist nach kurzer Zeit vollkommen. Es ist nicht berechtigt, das Lipoidol als einen Fremdkörper im Lumbalkanal zu betrachten, da die Resorption, wenn auch langsam, so doch fortdauernd vor sich geht. Die Einführung von Lipiodol in den Rückenmarkskanal bedeutet keinen ernsteren Eingriff als die Intralumbalinjektion von anderen Substanzen und auch von Luft. Verf. tritt dafür ein, daß natürlich die Einführung von Lipiodol nur unter gewissen Indikationen erfolgen soll, d. h. besonders in Fällen von anhaltenden Wurzelschmerzen und von motorischen Störungen. Es empfiehlt sich, vor der Einführung von Lipiodol eine gewöhnliche Lumbalpunktion vorzunehmen. Findet sich keine Vermehrung des Eiweißgehaltes auf 60—80 cg mindestens, ohne Zellvermehrung, so läßt sich voraussagen, daß die Verarbeitung des Lipiodols normal erfolgen wird. Die Lumbalpunktion darf jedoch niemals unmittelbar vor der Lipiodolinjektion erfolgen. Man soll nach der vorausgegangenen Lumbalpunktion wenigstens 10 Tage bis zur Vornahme der Lipiodolinjektion warten. *S. Hirsch* (Frankfurt a. M.).

Stookey, Byron, H. R. Merwarth and A. M. Frantz: A manometric study of the cerebrospinal fluid in suspected spinal cord tumors. (Liquordruckuntersuchungen bei Verdacht auf Rückenmarkstumoren.) (*Dep. of neurol. surg., neurol. inst., New York.*) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 4, S. 429—442. 1925.

Liquordruckuntersuchungen bei 50 Patienten, bei denen Verdacht auf Rückenmarkstumor bestand. Die Autoren gingen von der Tatsache aus, daß der Liquordruck künstlich einerseits durch Druck auf die Halsvenen, wodurch der intrakranielle Druck und erst sekundär der Liquordruck verstärkt wird, andererseits durch Strecken, Husten, Nase schnauben usw., welche Manipulationen direkt auf den Liquordruck über den gesteigerten intrathorakalen und intraabdominalen Druck einwirken können, ausgelöst werden kann. Danach wird bei einem erheblichen Verschluß des Rückenmarkkanals nach Halsvenenkompression keine Druckerhöhung eintreten, während diese bei Husten, Nase schnauben usw. deutlich zu beobachten ist. *F. Georgi* (Breslau).

Lasch, C. H.: Erfahrungen an 33 Laminektomien. (*Chir. Klin., Univ., Rostock.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **192**, H. 1/5, S. 109—127. 1925.

Laminektomiert wurde 11mal wegen Tumor, 6mal wegen Meningitis serosa, 11mal wegen Spondylitis tuberculosa, 3mal wegen Osteomyelitis und 2mal wegen Echinokokken. Unter den Geschwülsten befand sich 1 metastatisches extradurales Hypernephrom, dessen Muttergeschwulst unerkannt blieb. 2 vom Wirbelgerüst ausgehende Neubildungen konnten nicht radiakl beseitigt werden, aber die Lähmungen gingen zurück, trotzdem die Dura bei der Operation nicht eröffnet worden war. Bei einem 4jährigen Kinde konnte eine sehr große Neubildung nicht entfernt werden. Von den intraduralen Neubildungen waren 2 extramedulläre Tumoren, einer erwies sich als intramedulläre Cyste. Bei 3 Operierten gingen die motorischen Störungen früher als die sensiblen zurück. Bei einem Kranken mit einer Halsmarkgeschwulst, bei dem das Lipiodolverfahren noch nicht in Anwendung gekommen war, wurde 2 Wirbel zu tief eingegangen. (Störend wirkt in der Arbeit, daß mehrere Abbildungen verkehrt herum wiedergegeben werden, was Unkundige freilich kaum bemerken dürften.) Auffallend ist die große Zahl der Kranken mit Meningitis serosa. Alle 6 waren als Tumorkranke, 1 nach Sicherung mittels des Kontrastverfahrens, operiert. 1 wurde vollkommen geheilt, 3 wurden gebessert. Die Lähmungen nach Spondylitis waren sämtlich nicht mechanisch durch den Gibbus bedingt, sondern beruhten auf intraspinalen Zirkulationsstörungen. Bei 2 Kranken gingen die Lähmungen nach der Sequestrotomie schnell zurück, bei 2 anderen hielt die Besserung nicht an; sie erlagen ihrer Grundkrankheit. Als

Digitized by Google

Indikation zur Laminektomie bei Spondylitis tub. galt Zunahme der Lähmungen trotz langdauernder konservativer Behandlung. Eine weitere Anzeige kann unerträglicher Wurzelschmerz bilden: ein Kranker, bei dem ein kleiner Granulationsherd ausgeräumt wurde, war noch nach 4 Jahren vollkommen geheilt geblieben. Kompression durch Echinokokken wurde 2mal beobachtet. Trotz Laminektomie starben beide.

E. Heymann (Charlottenburg).

Periphere Nerven:

Neuralgie, Kopfschmerz:

Christiansen, Viggo: Rapport sur la migraine (Etude clinique). (Bericht über die Migräne.) Rev. neurol. Bd. 1, Nr. 6, S. 854—881. 1925.

Das fast 30 Seiten umfassende Referat des dänischen Neurologen Christiansen, das er auf dem diesjährigen Kongreß der französischen Neurologen gehalten hat, bringt eine gute Zusammenstellung unseres derzeitigen Wissens von den klinischen Fragen der Migräne. Neue Tatsachen bringt Ch. nicht. Bemerkenswert ist jedoch, daß er eine traumatische Migräne in gewissen Grenzen anerkennt, daß er die Beziehungen zur Epilepsie nur für zufällige hält, die sich durch die große Häufigkeit beider Krankheiten erklären lassen, daß er Migräneanfälle ohne Kopfschmerzen in Form von halbseitigen Parästhesien, Augenerscheinungen oder Übelkeit für relativ häufig hält, und — neben einem grundsätzlich erheblichen therapeutischen Skeptizismus — große Morphiumdosen von 2—3 cg im Anfall doch warm empfiehlt. *Stier* (Charlottenburg).

Vallery-Radot, Pasteur: Rapport sur la pathogénie des migraines. (Pathogenese der Migräne.) Rev. neurol. Jg. 32, Bd. 1, Nr. 6, S. 881—922. 1925.

Vallery-Radot bringt in seinem ausführlichen Referat eine sehr lesenswerte Übersicht über den augenblicklichen Stand unseres Wissens über die Pathogenese der Migräne und berücksichtigt weitgehend die neueste, besonders die deutsche und französische Literatur. Das Ergebnis ist, daß wir den Migräneanfall heute als eine plötzliche Gleichgewichtsstörung im vegetativen System ansprechen müssen, hervorgerufen durch eine Reizung des Sympathicus, die zu Angiospasmus führt. Die gesteigerte Reizbarkeit des Sympathicus kann ererbt sein, sie kann aber auch erworben werden durch Störungen des endokrinen Apparates, die ihrerseits das Gleichgewicht im vagosympathischen System aufheben oder eine „instabilité colloïdo-plasmatique" schaffen. Die Beziehungen zwischen Migräne und Epilepsie sind auch nach seiner Ansicht mehr äußerlicher Natur.

Stier (Charlottenburg).

Beyer, Ernst: Beobachtungen bei Flimmerskotom. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 98, H. 5, S. 797—803. 1925.

Beyer bringt eine kurze, lesenswerte Selbstschilderung von Migräneanfällen mit Flimmerkotom, aber nichts prinzipiell Neues. *Stier* (Charlottenburg).

Periphere Nervenlähmung, Neuritis, Herpes zoster, Nerventumoren:

Babcock, W. Wayne: Injuries to nerves from surgical treatment of diseases of the face and neck. (Nervenschädigungen infolge chirurgischer Behandlung der Krankheiten des Gesichts und des Halses.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 3, S. 187—193. 1925.

Nervenschädigungen bei Eingriffen am Gesicht und Hals können bei genügender Vorsicht vermieden werden. Gegen Schmerzen im Trigeminusgebiet werden die bekannten Injektionsmethoden mitgeteilt und abgebildet, wie sie von Braun und von Haertel in ihren bekannten Werken veröffentlicht worden sind. Obgleich die mitgeteilten Methoden diesen haarscharf gleichen, werden die Namen der Autoren oder der Fundort der Abbildung nicht erwähnt. Unnötig zu sagen, daß die mechanische Hebung des Lid- und des Mundwinkels nach Busch und nach Stein zwar beschrieben und abgebildet, aber gleichfalls die Erfinder verschwiegen werden. Gegen Lidtic und andere Zuckungen im Gesicht werden Injektionen von 2 proz. Phenollösung oder 5 proz. Antipyrin, 1—5 proz. Chinin, 70—96 proz. Alkohol an den Facialisast angeraten. Nachfolgende Lähmungen gehen angeblich in 10—40 Tagen zurück (!). Verletzungen des Gangl. submaxillare und der Chorda tympani haben nach einer 24 Stunden dauernden Sekretionsunterbrechung paralytische Sekretion der von ihnen versorgten Drüsen

Digitized by Google

zur Folge. Zur Vermeidung der Recurrenslähmung bei Thyreoidektomie wird Criles Verfahren empfohlen. Es besteht darin, zuerst den Isthmus zu durchschneiden und dann unter Zurücklassung des Gewebes über dem Recurrens die Seitenteile der Drüse abzutragen. Die Ansicht, daß in deutschen Kliniken die temporäre Durchschneidung des N. accessorius und dessen sekundäre Naht bei operativer Entfernung tuberkulöser Halsdrüsen üblich sei, ist eine so unsinnige Behauptung, daß sie fast böswillig erscheint. *E. Heymann* (Charlottenburg).

Brussilovskij, L.: Progressive isolierte einseitige und vollständige Lähmung des N. oculomotorius. Žurnal nevropatologii i psichiatrii Jg. 18, Nr. 1, S. 85—90. 1925. (Russisch.)

2 Fälle von einseitiger und totaler Lähmung des Oculomotorius mit Kopfschmerzen, Erbrechen und chronischer Entwicklung. In beiden Fällen entstand das Krankheitsbild im Anschluß an eine akute Erkrankung. Verf. nimmt mit Recht an, daß es sich um eine lokale Meningitis an der Hirnbasis handelte. Er hatte die Möglichkeit, noch einen 3. Fall zu beobachten, in dem während einer akuten eitrigen Meningitis sich ebenfalls eine vollständige Lähmung des Oculomotorius einstellte. *M. Kroll* (Minsk).

Juarros, César, und Enrique Prada: Ein neues Symptom assoziativer Lähmung. Lähmung der letzten acht Hirnnervenpaare mit Beteiligung des oberen Halssympathicus. Siglo méd. Bd. 75, Nr. 3727, S. 497—500. 1925. (Spanisch.)

Beschreibung eines Falles, bei dem einseitige Lähmung des 5.—12. Hirnnerven zugleich mit der des oberen Teiles des Halssympathicus eingetreten war. Entweder handelt es sich um Tumor im Kleinhirnbrückenwinkel, der vom N. acusticus ausging, oder um Osteosarkom des Felsenbeines. *Otto Maas* (Buch b. Berlin).

Rebattu et Bertein: Syndrome des quatre derniers nerfs crâniens (syndrome de Collet) par fracture de l'occipital. (Syndrom der 4 letzten Hirnnerven [Colletsches Syndrom] infolge Hinterhauptbruchs.) Lyon méd. Bd. 135, Nr. 25, S. 747—753. 1925.

Lähmung des Glossopharyngeus, Vagus (unvollständig), Accessorius Willisii und Hypoglossus nach Hinterhauptbruch infolge Schlages mit einer Flasche. Sonst keinerlei Symptome. Hämatom am Foramen lacerum posterius und condyloideum anterius, welches die 4 letzten Hirnnerven einschloß. *Kurt Mendel.*

Fohl, Theodor: Zur Kasuistik der Späterfolge der Nervennaht durch Neurolyse. (Heilung eines Falles von seit 9 Jahren bestehender Radialislähmung.) (*Krankenh. St. Georg, Leipzig.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 191, H. 3/4, S. 293—299. 1925.

9 Jahre zuvor erfolglos ausgeführte Radialisnaht, die aber in anatomischer Hinsicht als erfolgreich gelten mußte, da sich die elektrische Erregbarkeit wieder herstellte und Entartungsreaktionen fehlten. Nach Entfernung eines Narbenneuroms, die wie eine Neurolyse wirkte, stellte sich unmittelbar nach dem Eingriff die volle Funktion wieder her. *E. Heymann.*

Beretervide, E., und F. Pozzo: Strychninsulfat bei diphtherischen Polyneuritiden. Anales del inst. modelo de clín. méd. Bd. 9, Nr. 1, S. 255—260. 1925. (Spanisch.)

Verff. hatten das Strychninum sulfuricum — am ersten Tage 0,5 mg, dann täglich 1 mg, in einem Falle im ganzen 29 mg — bei Polyneuritis diphtherica mit gutem Erfolge angewandt. Die Besserung trat bereits nach einigen Tagen ein. In 2 Fällen bestand außerdem Erbsyphilis, die eine spezifische Behandlung notwendig machte. Verff. glauben, daß die Syphilis den Boden für die diphtherische Nervenschädigung vorbereitete. In 2 Fällen war eine Serumbehandlung vorausgegangen, der dritte, unbehandelte Fall zeigte denselben Verlauf, woraus Verff. schließen, daß die Bedeutung der Serumbehandlung für die Schädigungen des Nervensystems der für die Rachen- und Kehlkopferkrankung nicht an die Seite zu stellen ist. *Reich* (Breslau).

Hoven van Genderen, Jeanne van den: Über eine Anzahl Paralysen, die im Verlauf der antirabischen Behandlung im Institut Pasteur zu Weltevreden vorkamen. (*Inst. Pasteur, Bandoeng [Java].*) Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 105, H. 2, S. 427—449. 1925.

Ausführliche Veröffentlichung über die im Verlaufe der Wutbehandlung auftretenden Lähmungen (Statistik und eigene Erfahrungen der Autoren). Die Verff. kommen zu folgenden Schlüssen: Das Auftreten von Lähmungen im Verlaufe der Wutschutzimpfung wird verursacht durch das Virus fixe. Je intensiver die Behandlung ist in bezug auf die Quantität an frischem Virus, desto häufigsr sind die Lähmungen. Am Institut Pasteur zu Weltevreden sind bei der Methode Pasteur die Lähmungen ausschließlich dann aufgetreten, wenn 1tägiges Virus schon in den ersten 4 Tagen der Verhandlung einverleibt wurde. Bei der Methode Högyes kamen beinahe alle

Digitized by Google

Lähmungen im Verlaufe derjenigen Behandlungsweisen vor, welche basiert waren auf einer intensiveren Dosierung als 300 mg in 3 Wochen. In 3 Fällen konnte die Anwesenheit von Virus fixe in dem Gehirn akut Verstorbener mittels Tierimpfungen nachgewiesen werden. Trotz der Anwartschaft auf große Erfolge sollte doch bei der Behandlung die gefährliche Dosis Virus nicht überschritten werden, weil man auf jeden Fall vermeiden soll, Gefahr für den Gebissenen auf andere Weise herbeizuführen.

V. Kafka (Hamburg).

Long, E., et J. J. Mozer: Méralgie paresthésique. (Meralgia paraesthetica.) Rev. méd. de la Suisse romande Jg. 45, Nr. 14, S. 857—867. 1925.

42jährige Frau kommt in die Klinik mit der Diagnose: Ischias. Vor 13 Jahren akuter Gelenkrheumatismus. Vor 5 Jahren beginnt eine Fettleibigkeit, die schnell zunimmt. Seit 3 Jahren Schmerzen im linken Oberschenkel von wechselnder Stärke, besonders beim Gehen und Stehen, nur bis zum Knie an der lateralen Seite des Oberschenkels hinabreichend. Befund: Adipositas, Hypästhesie, Hypothermie und Hypalgesie sowie Parästhesien im Gebiete des N. cutaneus femoris lateralis. Behandlung (auch mit Röntgenstrahlen) erfolglos. Alkoholinjektion (90%, 1 ccm) in die Nervenscheide. Weitere Beobachtung der Patientin fehlt. Geschichtliche Darstellung der Bernhardtschen Krankheit. Ätiologisch kommen in Betracht verschiedene Infektionen oder Ernährungsstörungen. Die Adipositas der Patientin deutet auf eine konstitutionelle Prädisposition. Anatomisch handelt es sich um eine Neuritis. Therapie: Bequeme Kleidung, Diät; bei hartnäckigen Fällen Alkoholinjektion, evtl. Nervenresektion.

Kurt Mendel.

Gjertz, Emil, et Sven Hellerström: Tumeur du ganglion de Gasser. (Geschwulst des Ganglion Gasseri.) (*I. clin. méd., Serafimlasaret et laborat. d'anat. pathol., inst. Karolin, Stockholm.*) Acta med. scandinav. Bd. **63**, H. 1/2, S. 7—23. 1925.

Bericht über einen einschlägigen Fall. Klinisch finden sich Symptome seitens des sensiblen Trigeminus rechts. Herabsetzung des Cornealreflexes und sehr geringe Sensibilitätsstörungen im Gesicht; eine Taubheit rechts mit Unerregbarkeit des rechten Labyrinths, ferner eine geringe Facialis- und Hypoglossusparese rechts. Im Verlauf der nächsten 6 Monate wurden die Symptome seitens des Facialis und sensiblen Trigeminus wesentlich stärker. Es kam hinzu eine Kaumuskelschwäche und schließlich starke Gleichgewichtsstörungen; endlich zeigten sich auch Pyramidenbahnerscheinungen auf der linken Seite. Die Symptome sprachen am meisten für einen Kleinhirnbrückenwinkeltumor, wenn nicht das Fehlen von Kopfschmerz, Stauungspapille und eines erhöhten Liquordrucks diese Diagnose unwahrscheinlich gemacht hätten. Klärung brachte die Sektion, die einen nußgroßen Tumor des Ganglion Gasseri ergab. Anzeichen einer allgemeinen Hirnschwellung fanden sich kaum. Caudalwärts lief der Tumor in eine Cyste aus, die auf die Brücke und das Kleinhirn einen erheblichen Druck ausgeübt hatte; durch sie waren die wesentlichen Symptome, die eine Ähnlichkeit mit Kleinhirnbrückenwinkeltumor gehabt hatten, veranlaßt worden. Sehr auffallend war, daß im Gegensatz zu anderen Tumoren des Ganglion Gasseri keine neuralgiformen Schmerzen bestanden hatten. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Neubildung ausgehend vom Ganglion Gasseri, und zwar handelte es sich offenbar um ein Neurofibrom. *Bostroem* (München).

Jost, Werner: Der Recklinghausensche Symptomenkomplex mit besonderer Berücksichtigung abortiver Formen. (*Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.*) Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. sowie deren Grenzgeb. Bd. **18**, H. 5/6, S. 321—333. 1925.

Übersichtsreferat des Titelinhalts, das insbesondere die Arbeiten der letzten Jahre berücksichtigt. Die Recklinghausensche Krankheit muß nach den neueren Ergebnissen als keimplasmatisch angelegte, prinzipiell im Ektoderm sich abspielende Systemerkrankung aufgefaßt werden. *Erna Ball* (Berlin).

Gravagna: Sur un cas de maladie de Recklinghausen. Observation clinique. (Ein Fall von Recklinghausenscher Krankheit. Klinische Beobachtung.) Ann. de dermatol. et de syphiligr. Bd. **6**, Nr. 10, S. 610—614. 1925.

Es handelt sich um einen 50jährigen Mann, der mütterlicherseits aus einer Bluterfamilie stammt, während der Vater luetisch infiziert war. Er hat 2 Söhne, von denen der eine hydrocephalisch ist und nicht laufen kann, der andere ein Bluter ist. Die Erkrankung begann in seinem 10. Lebensjahr mit einem Tumor an der rechten Schulter, der allmählich bis zur Größe einer Orange anwuchs. Zur Zeit der Beobachtung war die ganze Hautoberfläche mit Tumoren verschiedenster Größe bedeckt; die einzelnen Tumoren waren umgeben und voneinander getrennt durch zahlreiche Pigmentflecke. Da die WaR. stark positiv war, so liegt es nahe, einen Zusammenhang zwischen der kongenitalen Lues und der Erkrankung zu vermuten.

W. Misch (Berlin).

Digitized by Google

Babonneix, Touraine et Pollet: Maladie de Recklinghausen. Monoplégie atrophique du membre inférieur droit. Bacillose pulmonaire. (Présentation de malade.) (Recklinghausensche Krankheit. Atrophische Parese des rechten Beines. Lungentuberkulose [Krankenvorstellung].) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 41, Nr. 37, S. 1521—1523. 1925.

Der vorgestellte Kranke zeigt die im Titel angegebenen Krankheitszeichen. In welchem Zusammenhang die Parese des Beines mit der im übrigen typischen Recklinghausenschen Erkrankung steht, konnte nicht entschieden werden. *Erna Ball* (Berlin).

Valk, J. W. van der: Cutis verticis gyrata als Erscheinung des Recklinghausenschen Symptomenkomplexes. Psychiatr. en neurol. bladen Jg. 1925, Nr. 6, S. 321—325. 1925. (Holländisch.)

Cutis verticus gyrata ist eine Erkrankung des behaarten Kopfes, im wesentlichen sich kennzeichnend durch eine erhebliche Verdickung, Furchen und Gruben, gute Beweglichkeit der Kopfhaut über der Galea aponeurotica und endlich eine abnorme Haarverteilung; „gyrata", weil im äußeren Bild eine Ähnlichkeit mit den Hirnwindungen resultiert. Auf Grund der auffallenden Ähnlichkeit der histologischen Bilder dieser Abweichungen und solcher, am übrigen Körper (Naevi) sich gleichzeitig findenden, ist der Verf. geneigt, die Veränderungen an der behaarten Kopfhaut als Erscheinung der Recklinghausenschen Erkrankung aufzufassen. *Riese* (Frankfurt a. M.).

Puech, A.: Les manifestations osseuses dans la neurofibromatose. (Die Veränderungen an den Knochen bei Neurofibromatose.) (*Clin., fac. de méd., univ., Montpellier.*) Paris méd. Jg. 15, Nr. 50, S. 502—506. 1925.

Verf. zählt die in der Literatur niedergelegten Fälle von Veränderungen an den Knochen, die bei der Neurofibromatose vorkommen, unter besonderer Berücksichtigung der französischen Literatur kurz auf. Er berichtet zunächst über die einfachen dystrophischen Störungen im Bereich der Rippen, der Wirbelsäule, des Schädels und der Extremitäten, dann über dystrophische, mit Osteomalacie einhergehende Prozesse. Es folgt die Beschreibung der selteneren lokalisierten Knochenveränderungen, die durch einen Tumor am trophischen Nerven hervorgerufen sein können oder durch eine in der Gegend des Knochens befindliche Neurommetastase, die zu einer Rarifikation geführt hat. Schließlich erwähnt Verf. das Vorkommen der Akromegalie. *Erna Ball* (Berlin).

Bielschowsky, Max: Das multiple Ganglioneuron des Gehirns und seine Entstehung. (*Kaiser-Wilhelm-Inst. f. Hirnforsch. u. Städt. Krankenh. Friedrichshain, Berlin.*) Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 32, H. 1/2, S. 1—20. 1925.

Die im Sympathicus nicht so übermäßig seltenen Ganglioneurome sind im CNS bisher nur ganz vereinzelt beobachtet worden. Hier handelt es sich meist um Ganglioglioneurome.

Verf. konnte einen sehr interessanten einschlägigen Fall bei einem 26jährigen Patienten untersuchen, der nach einer langen Periode allgemeiner Hirndrucksymptome eine Parese im Abducens beiderseits und im rechten Musc. rectus intern., später unsicheren Gang und Ataxie bekam. Die Sektion ergab zahlreiche, nicht über kirschkerngroße Tumoren in der Wand aller Ventrikel, außerdem zwei größere, einer vom Boden der Rautengrube keilförmig in die Med. obl. vordringend und einer am Kleinhirnbrückenwinkel mit den ventralen Kleinhirnläppchen durch Substanzbrücken verbunden. Es bestand starker Hydrocephalus internus, der wohl für die meisten klinischen Symptome verantwortlich zu machen war. Histologisch fanden sich noch viel mehr kleinste Ventrikeltumoren. Diese hatten alle den gleichen Bau. Einerseits drangen sie nirgends ins subependymäre Gewebe ein, andererseits entbehrten sie durchweg des Ependymüberzugs. Sie bestanden aus einer tiefen zellreichen und einer dem Ventrikellumen zugekehrten zellarmen Schicht. In ersterer fanden sich, z. T. in windungsartiger Anordnung, neben reifen Ganglienzellen Neuroblasten verschiedener Reifegrade, teils durch die Gegenwart intracellulärer Fibrillen oder den Abgang sich bald verästelnder Neuriten, teils nur durch die Kernbeschaffenheit als solche erkennbar, zwischen ihnen ein dichtes Geflecht feinster Nervenfäserchen, ferner normale Gliakerne und eine gliogene Grundsubstanz, die teils mit entsprechenden Färbungen darstellbare Gliafasern enthält, teils aus einem dem Rindengrau entsprechenden plasmatischen Reticulum besteht. Letzteres mit nur wenigen Kernen und einzelnen Gliafasern bildet die äußere Schicht. Diese als ependymäre Gang-

Digitized by Google

glioneurome zu bezeichenden Gebilde erinnern lebhaft an den Bau der frühembryonalen Hemisphärenrinde. Die tiefe Zone entspricht der kernreichen Innenplatte, die oberflächliche dem Randschleier. Man kann ihre formale Genese also auf eine Zellwanderung in verkehrter Richtung — ventrikelwärts statt piawärts — beziehen, wobei die Reifung frühzeitig abgebrochen wurde. Daß immerhin doch zumeist wohl charakterisierte Zelltypen gefunden werden, spricht vielleicht für eine etwas spätere Entstehungszeit, etwa Ende des 2. Embryonalmonats. Ob der Defekt des Ependyms primäre Bedeutung hat, wird unentschieden gelassen. Trotz dieser Verhältnisse handelt es sich nicht um einfache Heterotopien: zahlreiche direkte Kernteilungen und Anordnung der Gliafasern in Nestern und Zügen weisen auf ein geschwulstmäßiges Wachstum hin. Letzteres tritt in viel ausgesprochenerer Weise in den beiden größeren Tumoren in Erscheinung. Der von der Rautengrube ausgehende hat in seinem in den Ventrikel hineinragenden Anteil noch durchaus das oben beschriebene Gepräge. Nur treten schon hier reihen- und bündelförmig angeordnete Spindelzellen zwischen den übrigen Elementen auf, und solche bilden ausschließlich den Zapfen, der von der ventralen Fläche aus parallel der Raphe in teils expansivem, teils infiltrierendem Wachstum in die Substanz des verlängerten Marks eindringt. Fast ausschließlich aus solchen faszikulär angeordneten Spindelzellen, deren gliöse Natur durch Nachweis spezifischer Fasern gesichert ist, besteht der von Cysten durchsetzte Kleinhirnbrückenwinkeltumor, in dem neurocytäre Elemente zwar nicht ganz fehlen, aber stark zurücktreten. Bei diesem Tumor, in dem die angrenzende Randzone der Med. oblongata sowohl wie die mediale Wand des Recessus lateralis aufgegangen ist, kommt ein Zusammenhang mit der Ventrikelwand nicht in Frage. Wohl aber kommt für seine Entstehung das Corpus pontobulbare in Betracht, das in früher Entwicklungsperiode einen Keimzellstreifen zum Aufbau der Brückenkerne und des Nucl. arcuatus der Medulla darstellt und von dem auch normalerweise Reste in Gestalt unentwickelter Neurocyten in der Area parolivaris lateralis beim Erwachsenen bestehen bleiben (Marburg). Der Fall weist mit ungewöhnlicher Eindringlichkeit auf die Rolle der Entwicklungsstörung für die Entstehung der Tumoren hin und gibt damit auch einen Hinweis auf denselben Faktor bei Gliomen überhaupt. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Sympathisches System und Vagus:

Glaser, F.: Das Fieber: Eine vegetative Neurose. Unter besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose. (*Auguste Victoria-Krankenh., Berlin-Schöneberg.*) Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. 42, H. 5, S. 376—380. 1925.

Ausgehend von den Arbeiten der Krehlschen Schule nimmt Verf. das Zentrum der Wärmeregulation im Tuber cinereum an, von wo die thermoregulatorischen Bahnen durch das Rückenmark bis zum 7. und 8. Halssegment, von dort über c 7 bis d 2 zum Sympathicus ziehen. Auch sympathische Fasern des Vagus sind dabei beteiligt, besonders hinsichtlich der Leber. — Die Entstehung des Fiebers geschieht durch den Reiz pyrogenetischer Substanzen auf das vegetative Wärmezentrum. Steigerungen der Wärmeproduktion bis 200% des Normalen. Die Wärmeproduktion erfolgt durch einen vermehrten Fett-, Kohlenhydrat- und Eiweißstoffwechsel. 1. Fettabbau: febrile Acetonurie und Sinken des Blutcholesterins um bis 50%. 2. Kohlenhydratabbau: Abnahme des Leberglykogens, meist unter Zunahme des Muskelglykogens. Anstieg des Blutzuckers. 3. Eiweißabbau, der nach Krehl nur in schwereren Fällen auftritt, — stark individuellen, nervösen Schwankungen unterlegen; nicht genau berechenbar. Während der normale Serumkalkspiegel sich zwischen 9—10,3 mg% bewegt, treten beim Fieber in über der Hälfte der Fälle Schwankungen auf, die durchaus ähnlich denen sind, wie man sie bei Personen trifft, die suggestiv erregt oder beruhigt oder mit funktionellen Neurosen behaftet sind. Die Ursachen des Fiebers bei den Tuberkulösen sind sowohl in der Resorption der Stoffwechsel- und Zerfallsprodukte der Erreger wie des zerfallenden Eigengewebes anzusehen; diese Stoffe müssen jedoch das Tuber cinereum zu reizen imstande sein. Individuelle Anfälligkeit spielt hierbei eine große Rolle. Die Intermissionen werden aber dadurch nicht erklärt. Antipyretica wirken schmerzstillend und zentral wärmedeprimierend. — Die Zentralstelle für die wünschenswerte gleichbleibende Höhe der Temperatur (Isothermie) muß im Mittelhirn gesucht werden. Die Berechtigung, das Fieber als eine vegetative Neurose anzusehen, nimmt Verf. aus seinen Versuchen am Serumkalkspiegel. Die nervöse Leitung in die Peripherie stellt das periarterielle Geflecht dar, das die Muskelwärme- und gewisse Vagusfasern, die die Leberwärmeproduktion veranlassen. Beim Tuberkulosefieber, welches in das

Digitized by Google

anaphylatoxische, das herdreaktive und das septische Fieber zerfällt, sind besondere Verhältnisse maßgebend (cfr. Hayek, Schmiedeberg u. a.). *Tscherning* (Berlin).

Angelucci, A.: Imagine di una sindrome d'eccitazione del simpatico cervicale. (Bild eines Syndroms von Reizung des Halssympathicus.) Arch. di ottalmol. Bd. **32**, Nr. 6, S. 278—281. 1925.

Es handelt sich um ein Mädchen mit tuberkulösen Lymphomen am Halse. Wie aus den beigegebenen Bildern hervorgeht, sind die Erscheinungen von Sympathicusreizung — Exophthalmus, Erweiterung der Lidspalte und der Pupille — viel ausgesprochener, wenn die Patientin die Arme über den Kopf erhebt und so durch die Muskelkontraktion den Druck auf den Halssympathicus verstärkt. *Erwin Wexberg* (Wien).

Bloch, Br.: Hautkrankheiten und Stoffwechsel. Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 50, S. 2751—2753. 1925.

Die Beziehungen zwischen Haut und Stoffwechsel sind gegenseitig, es wirken primär in der Haut entstandene Krankheitszustände auf den Stoffwechsel und die inneren Organe oder primäre innere Störungen auf die Haut und erzeugen so die Stoffwechseldermatosen, die sich nach Verf. einteilen in obligate und fakultative; bei den ersteren kann aus der Hauterscheinung ohne weiteres auf das Vorhandensein einer inneren Störung geschlossen werden. Hierher gehören die Imprägnations- oder Ablagerungsdermatosen (Uratablagerung bei Gicht, Calcinosis, Xanthom, Hautamyloid, die Bence-Jonessche Dermatose), wobei nicht etwa mechanische Momente, sondern organische, endokrine maßgebend sind, dann die Photosensibilisationsdermatosen (Hydro vacciniforme, das pellagröse Erythem und andere Lichtdermatosen), dyshormonale Dermatosen (Myxödem, Addison, Sklerodermie, Ichthyosis, Dermatitis herpetiformis, Akne zur Pubertätszeit, Hypertrichosis-Klimakterium, Menstrual- und Graviditätsdermatosen, Impetigo herpetiformis, Akanthosis nigricans). Zu den fakultativen Stoffwechseldermatosen sind zu rechnen Ekzem, Lichen simplex, Urticaria einschließlich Strofulus und Quinckeschen Ödem, Prurigo, Arzneiidiosynkrasien, manche exsudativen und bullösen Erytheme; sie sind aufzufassen als pathologische Reaktionen der Haut auf verschiedenartige, teils exogene, teils endogene Reize, wobei Voraussetzung ist eine allergische Bereitschaft der Haut. Einige Beispiele: Urticaria ex ingestis, Ekzem bei Diabetes oder Gicht, Asthma und Ekzem (allergische Diathese, gleichzeitiges Bestehen der allergischen Bereitschaft innerer Organe). Die Wirkung primär in der Haut entstandener pathologischer Vorgänge auf Blut, Stoffwechsel und innere Organe ist von besonderer Bedeutung auf dem Gebiete der infektiös-allergischen Erkrankungen, wobei die Haut die Grundlage bildet für die therapeutischen Maßnahmen, andererseits, wenn sie in ausgedehnten Gebieten ergriffen ist, zur unmittelbaren oder mittelbaren Todesursache werden kann. *G. Stiefler* (Linz).

Marcus, Herbert: Ein Fall von Raynaudschem Symptomenkomplex mit Sympathicusaffektion bei hereditärer Syphilis. Svenska läkartidningen Jg. **22**, Nr. 30, S. 856—864. 1925. (Schwedisch.)

H. Marcus beobachtete bei einem 14jährigen Knaben den Raynaudschen Symptomenkomplex an der linken Hand, kombiniert mit gleichzeitigem Hornerschem Symptomenkomplex (Sympathicusaffektion) der gleichen Seite. Durch Jodkali gelang es, beide Symptome zu beseitigen oder erheblich zu vermindern. Sowohl Fälle von Raynaudscher Krankheit auf luischer Basis wie die Kombination mit Augen-Pupillenstörungen und Sympathicusaffektionen sind vielfach beschrieben. Auch bei kongenitaler Lues ist dies Symptom beobachtet. Bei dem Vater konnte Lues hier nicht festgestellt werden, doch litt die Mutter an Tabes bei negativem Liquorbefund. Bei dem Knaben gab die Wassermannsche Blutreaktion ein negatives Resultat. Am linken Unterarm und Hand bestanden Paresen und Atrophien. Man muß hiernach eine begrenzte luische Meningitis im unteren Cervicalsegment annehmen, die auf die Wurzeln und den Sympathicus überging. Der Fall gehört zu denen einer tardiven hereditären Syphilis. *S. Kalischer* (Schlachtensee-Berlin).

Lauber, H.: Ein Fall von Hemiatrophia facialis progressiva mit Beteiligung des Auges. Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. **57**, S. 492—496. 1925.

Im vorliegenden Falle mit schwerem Ergriffensein der Weichteile und der Knochen der linken Gesichtshälfte fand sich als eigenartige und bei H. f. p. bisher nicht beschriebene Erscheinung auf der kranken Seite eine deutliche Verkleinerung bzw. Atrophie des weit hinten

Digitized by Google

in der Orbita liegenden Augapfels (dünne Bindehaut; Durchmesser der linken Hornhaut um 2 mm kleiner als der rechten; trübe, grauweiße Linse), die im Verlaufe der in den letzten Jahren rasch fortschreitenden Erkrankung sich entwickelt hat und im Hinblick auf die so hochgradige Atrophie der Weichteile und des Knochens als Teilerscheinung der H. f. p. aufgefaßt wird. Bei dem 39jährigen Kranken fand sich weiterhin eine Heterochromie, die mit der vorhandenen Sympathicusparese im Zusammenhange steht und epileptische Zustände, die bei der H. f. p. schon wiederholt beobachtet worden sind. *G. Stiefler* (Linz).

Stoffwechsel und endokrine Drüsen:

Allgemeines über innere Sekretion:

Parhon, C. J., Charlotte Ballif et Zoe Cavaman: Etude anatomo-clinique sur un cas de virilisme pilaire. (Klinisch-anatomische Studie über einen Fall von maskuliner Behaarung [einer Frau].) Rev. franç. d'endocrinol. Jg. 3, Nr. 3, S. 172 185. 1925.

32jährige Frau jüdischer Abstammung, 5 Jahre in klinischer Beobachtung. Bei der Aufnahme 80 kg schwer, 157 cm groß, mittlerer Statur, graue Haare, männliches Aussehen. Schwarzer Schnurrbart mit 1 cm langen Haaren. Massetergegend von schwarzen 2 cm langen Haaren bedeckt. Sehr kräftiger Backenbart (s. Abb.). Atrophische Mammae. Ersatz der Drüsen durch Fettgewebe. Übermäßige Behaarung der Regio substernalis. Schambehaarung normal lokalisiert, aber außerordentlich stark entwickelt. Abnorm starke Behaarung der Oberschenkel, die gleichfalls wie der Bauch ein enormes Fettgewebe aufweisen. Äußeres Genitale o. B. Psychisch auffällig durch depressive Verstimmungen, spricht wenig mit leiser Stimme, antwortet oft nicht, leicht ermüdbar. Später ist die Haut pigmentiert, besonders an den Körperbeugen. Stellenweise erinnert die Pigmentierung an das Addisonpigment. Am stärksten pigmentiert sind die Linea alba und die Genitalorgane, besonders die kleinen Schamlippen. Starker Ausfall des Aschnerschen Reflexes (112 auf 60 Pulse), der Serum-Cholesterinspiegel sicher erhöht. Nach 5jähriger Beobachtung ging Patientin an einer Lungentuberkulose zugrunde. — Sektionsbefund: Schwere Lungentuberkulose. Histologisch fanden Verff. in der Hypophyse ein Vorherrschen eosinophiler Zellen, weiter in bestimmter Zone des Vorderlappens große Anzahl chromophober Zellen inselförmig gelegen. In der Intermediärzone reichlich Mastzellen. Gleichfalls in der Intermediärzone reichlich kolloidhaltige Höhlen von abgeplatteten Zellen umgeben. Der nervöse Anteil besitzt reichlich pigmentierte Zellen verschiedenster Form. Ebenfalls einen großen Reichtum an pigmentierten Zellen zeigt das Tuber cinereum. Während die inneren Organe im großen ganzen keinen besonderen Befund aufweisen, findet sich im Pankreas stellenweise eine Sklerose und einzelne nekrotische Prozesse. Die psychische Untersuchung sowie die histologische Untersuchung des Zentralnervensystems ist durchaus unzureichend. Die Haut wurde histologisch nicht untersucht. An den Nebennieren kein Befund. — In der Besprechung heben die Autoren die bisherigen Ergebnisse histologischer Untersuchungen bei Virilismus hervor und betonen vor allen Dingen die Rolle der Nebennieren. Im Gegensatz zu anderen, den Verff. bekannten Beobachtungen (ein Literaturverzeichnis ist nicht beigefügt) verlegen sie Substrat für die Krankheitserscheinungen in die Infundibular-Hypophysenregion. Über Vermutungen betr. der pathologischen Zusammenhänge kommen aber auch die Autoren nicht hinaus. *Ostertag* (Berlin).

Schilddrüse:

Rienhoff jr., William Francis: The histological changes brought about in cases of exophthalmic goitre by the administration of iodine. (Histologische Veränderungen bei Basedowkropf durch Jodmedikation.) Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. 37, Nr. 5, S. 285—306. 1925.

Innerliche Darreichung von Jod bringt histologisch nachweisbare Veränderungen im Schilddrüsengewebe bei Basedow hervor. Abgesehen von einer Vergrößerung der ganzen Drüse und Rückgang der Vascularisation findet man eine Vermehrung des Bindegewebes und deutliche Zunahme des Kolloids; das Drüsenepithel, welches vorher große helle Kerne und gelegentlich Mitosen zeigte, bietet jetzt regressive Veränderungen. Durch Jod wird also die Aktivität der Drüsentätigkeit herabgesetzt. Dies ließ sich an einem größeren Material immer wieder bestätigen. *Hallervorden* (Landsberg/Warthe).

Ladwig, Arthur: Nachuntersuchungen an Basedow-Operierten. Ein Beitrag zum Basedow-Problem. (*Chir. Univ.-Klin., Leipzig.*) Arch. f. klin. Chir. Bd. 137, H. 2, S. 367—388. 1925.

Ladwig teilt sein Material in den klassischen M. B. (mit Exophthalmus, Struma

Digitized by Google

und Tachykardie) und in Thyreotoxikosen (klinisch dem klassischen M. B. ähnlich, aber ohne Exophthalmus) ein. Die neuropathische Anlage, auf deren Boden der M. B. sich entwickelt, kann zwar in günstigem Sinne beeinflußt, aber nicht grundlegend geändert werden. Auch chirurgisch unbehandelte Fälle neigen zu auffallenden Remissionen. Als Methode der Wahl galt die doppelseitige Keilresektion mit vorheriger Unterbindung aller 4 großen Arterien in einer Sitzung. Bestand der Verdacht, daß der zurückbleibende Schilddrüsenrest z. B. wegen kolloider Entartung funktionell nicht genügen würde, so nahm man nur die Unterbindung von 3 Arterienstämmen vor. In schweren Fällen wurde zweizeitig operiert. Besondere Aufmerksamkeit wurde der Vorbehandlung gewidmet. Hierbei bewährte sich Chinin. hydrobrom. zur Bekämpfung der Tachykardie, das die Woche vor der Operation 2—3 mal täglich per os gegeben wurde. Zu den vorbereitenden Maßnahmen gehörte auch die Psychotherapie, die sich außerordentlich bewährte und gestattete, die Narkose völlig auszuschalten. Die postoperative Mortalität betrug bei 190 Fällen 7,2% auf der allgemeinen Station, 3,7% auf der Privatstation von Geh. Rat Payr. Eine befriedigende Todesursache ließ sich meistens nicht finden; gewöhnlich handelte es sich um das typische Bild des postoperativen Basedowtodes (Zunahme der Pulsfrequenz, Steigerung der allgemeinen Erregung, Anstieg der Temperatur), der als Reaktion des Organismus auf die durch das Operationstrauma gesetzte maximale Schilddrüsensekretion aufzufassen ist. Nur selten deckte die Autopsie einen Status thymico-lymphaticus bzw. hypoplasticus auf. Bei 104 klassischen M. B.-Fällen ergaben sich 69,2% gute Operationserfolge (d. h. Freisein von allen Beschwerden bei völliger Arbeitsfähigkeit), 17,3% mittlere Erfolge (Herabsetzung der Leistungsfähigkeit durch gewisse Beschwerden), 13,4% schlechte Erfolge (vorübergehende oder gar keine Besserung). Die entsprechenden Zahlen bei 35 Thyreotoxikosenfällen sind 68,5%, 17,1% und 14,1%. Fälle, in denen die neuropathische Komponente mehr hervortritt, sind auch durch die chirurgische Therapie schwerer zu beeinflussen. Vielfach scheint das Nervensystem nach einem überstandenen Basedowleiden nur schwer wieder ins Gleichgewicht zu kommen. Auch bei der Nachbehandlung ist die Psychotherapie von hoher Bedeutung. Das Blutbild beim M. B. ist als ein Zeichen der abartigen Konstitution aufzufassen, die auch durch die Operation nicht umgestaltet werden kann. — Der Abschnitt der Arbeit, der das Verhalten der einzelnen Symptome nach der Operation behandelt, ist zum Referat ungeeignet und muß im Original nachgelesen werden. *Taterka* (Berlin).

Sudeck, P.: Über die Totalexstirpation der Schilddrüse. (*Chir. Univ.-Klin., Hamburg-Eppendorf.*) Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **133**, H. 4, S. 533—561. 1925.

Sudeck setzt sich von neuem für die grundsätzliche Zulässigkeit der Totalexstirpation der Schilddrüse bei schwerem M. Basedowi ein. Da die thyreopriven Störungen auf dem Ausfall des Kendallschen Thyroxins beruhen und dieser Stoff als ein nicht artspezifischer, im Verdauungskanal unveränderlicher Körper, durch Fütterung von Tabletten ziemlich sicher erfaßt werden kann, so hat die Totalexstirpation ihre Schrecken verloren. Die Fütterung soll vor der Exstirpation beginnen. Von 8 Kranken, die täglich gefüttert wurden, hat kein Kranker trotz radikaler Entfernung unter Ausfallserscheinungen zu leiden. Größer als die Gefahr der Thyreoprivie erscheint die der Parathyreoprivie, der Tetanie. Bei richtiger Operationstechnik ist sie zu vermeiden. Die Erhaltung der Epithelkörper, mit der die Verhütung der Tetanie verknüpft ist, läßt sich erzielen, wenn nur die hintere Schilddrüsenkapsel erhalten und die Arterien dicht an ihrer Eintrittsstelle unterbunden werden. Die Totalexstirpation ist angezeigt beim Krebs der Schilddrüse, solange dieser auf die Drüse beschränkt ist und keine Metastasen nachweisbar sind. Sie ist weiter angezeigt beim M. Basedowi, falls dieser als eine Mischform hyperthyreotischer und myxödematöser Störungen erscheint, schließlich bei schwersten Basedowerscheinungen älterer Personen, bei denen ein kleiner harter Kropf, hochgradige Kachexie und schwere Herzstörungen bestehen.

E. Heymann (Charlottenburg).

Digitized by Google

Marinesco, M. G.: Mixedema ed infezioni. Contributo anatomo-clinico allo studio dei rapporti della glandola tiroide con l'immunità naturale. (Myxödem und Infektionskrankheiten. Anatomisch-klinischer Beitrag zum Studium der Beziehungen der Schilddrüse zur natürlichen Immunität.) Endocrinol. e patol. costituz. Jg. 8, H. 1/3, S. 48—58. 1925.

Marinesco berichtet über 2 Fälle von Myxödem, von denen der eine an einer Miliartuberkulose, der andere an einer Grippe zugrunde ging. Im 1. Fall zeigt das Gehirn, aber auch andere Organe, wie die Milz, üppige Vegetationen des Tuberkelbacillus, im 2. Falle fanden sich in sämtlichen Organen einzeln oder gehäuft Streptokokken.

Die beiden Fälle scheinen M. dafür zu sprechen, daß die Schilddrüse in Beziehung zu bringen ist zu der natürlichen Immunität, und zwar in dem Sinne, daß von ihr die Stoffwechselvorgänge jener Organe abhängig sind, die die Quelle der Abwehrkräfte gegen Infektionen bilden. Fällt die stimulierende Wirkung der Schilddrüse weg, so leiden dadurch indirekt auch die Abwehrreaktionen des Organismus und das Individuum ist mehr oder weniger widerstandslos den Infekten ausgeliefert.

E. Gamper (Innsbruck).

Genitalorgane:

Lipschütz, Alexander: Neuere Forschungen über die innere Sekretion der Geschlechtsdrüsen. (*Physiol. Inst., Univ. Dorpat.*) Arch. f. Menschenkunde Jg. 1, H. 6, S. 256—271. 1925.

Zusammenfassende Darstellung der neueren Forschungen über die verschiedenen Probleme der inneren Sekretion der Geschlechtsdrüsen. Vor allem wird das Problem der geschlechtsspezifischen Wirkung der Geschlechtsdrüsen behandelt, die Fragen des experimentellen Hermaphroditismus und die Fälle von glandulärem Hermaphroditismus beim Menschen; ferner die quantitativen Gesichtspunkte, die bei der Betrachtung des Problems berücksichtigt werden müssen. Zum Schluß finden die praktischen Anwendungen Erwähnung, wie die Hodentransplantation beim Menschen, die „Verjüngungserscheinungen" und die Unterbindungsoperation der ausführenden Wege. Zahlreiche Literaturhinweise sind dem Aufsatz beigegeben.

v. Voss (Dorpat).

Korenchevsky, Vladimir, and Marjorie Carr: The sexual glands and metabolism. IV. The influence of injections of emulsions of testes and prostate and of insulin-like testicular extracts upon the nitrogen metabolism of normal, castrated and thyroidectomised rabbits. (Die Sexualdrüsen und der Stoffwechsel. IV. Der Einfluß der Injektionen von Testis- und Prostata-Emulsionen und insulinartigen Testisextrakten auf den Stickstoffwechsel des normalen, kastrierten und thyreoidektomierten Kaninchens.) (*Lister inst., London.*) Biochem. journ. Bd. 19, Nr. 5, S. 773—782. 1925.

Eine Emulsion von Testissubstanz oder ein insulinartiger Extrakt daraus setzt den Eiweißstoffwechsel thyroidektomierter Kaninchen mehr herab als den normaler oder kastrierter; bei allen Tieren sinkt nach der Injektion die Urinausscheidung. Die Wirkung der Testisemulsion beruht also wahrscheinlich auf der Anwesenheit der insulinähnlichen Körper. Die gleiche Erklärung gilt für die Nierenemulsion und den aus Niere hergestellten insulinähnlichen Extrakt. Das Schilddrüsenhormon scheint die herabsetzende Wirkung auf den N-Stoffwechsel zu hemmen. Prostataemulsion ist bei schilddrüsenlosen Tieren unwirksam, während sie bei normalen Tieren eine Steigerung des N-Stoffwechsels bewirkt; sie wirkt demnach wohl als Stimulans auf die Schilddrüse. Die Prostataemulsion steigert bei schilddrüsenlosen Tieren die Urinsekretion und verringert sie bei Tieren mit Schilddrüse. *Erich Guttmann.*

Dalsace, Jean, et Ch.-O. Guillaumin: Influence de la castration ovarienne sur le métabolisme du calcium et du phosphore. (Der Einfluß der Ovariektomie auf den Calcium- und Phosphorstoffwechsel.) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. 93, Nr. 33, S. 1209—1210. 1925.

Die Verff. bestimmten Calcium- und Phosphorgehalt des Blutes bei 5 Frauen vor und nach der Ovariektomie. In 4 Fällen fanden sie einen deutlichen Abfall des Kalkspiegels; bei 3 Fällen ein beträchtliches Absinken der vorher bestehenden Hyperphosphatämie (normal 12,0—15,0 mg %). Die Befunde erscheinen von Wichtigkeit im Hinblick auf die Pathogenese klimakterischer Beschwerden. *Erich Guttmann* (München).

Digitized by Google

Witschi, E.: Hermaphroditismus und Geschlechtertrennung bei den Wirbeltieren. Naturwissenschaften Jg. **13**, H. 43, S. 877—882. 1925.

Zusammenfassende Darstellung der verschiedenen Stufen geschlechtlicher Differenzierung in der Chordatenreihe. Zwischen den zwittrigen Tunicaten und den getrenntgeschlechtigen Reptilien, Vögeln und Säugern vermitteln die Fische und Amphibien, bei denen nicht selten ein rudimentärer Hermaphroditismus gefunden wird. Ein solcher Fall wird der genaueren erbbiologischen und chromosomalen Analyse unterworfen. Die Männchen bestimmter (undifferenzierter) Rassen durchlaufen in der Jugend eine weibliche Phase, die jedoch in der Regel vor der Geschlechtsreife vollständig unterdrückt wird. Die entsprechenden Weibchen dagegen neigen nach erlangter Geschlechtsreife zur Umwandlung in Männchen. Solche Umwandlungstiere können auf einem bestimmten Stadium gleichzeitig Eier und Spermien reifen, wodurch sogar künstliche Selbstbefruchtung möglich wird. — Zuchtversuche und mikroskopische Untersuchungen ergeben, daß auch die „Rudimentärhermaphroditen" zwei Spermiensorten bilden (ähnlich den Säugern): sog. „männchenbestimmende" oder Androspermien und „weibchenbestimmende" oder Gynospermien. Doch sind die Differenzen zwischen den beiden Sorten bei Grasfröschen noch relativ geringe. — Die Frösche sind demnach nicht nur morphologisch, sondern auch erbbiologisch Zwischenglieder zwischen den zwittrigen und den getrenntgeschlechtigen Spezies der Chordaten. *E. Witschi* (Basel).°°

Solotuchin, A.: Über Achondroplasie. Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **5**, Nr. 13, S. 54—60. 1925. (Russisch.)

Beschreibung eines Falles von Achondroplasie bei einem 4 Monate alten Kinde männlichen Geschlechts. Ausgesprochene Brachycephalie und Mikromelie bei normalem Rumpf, „trident hand". *Wolpert* (Berlin-Schlachtensee).

Loewenstein, Joseph, und A. W. Calm: Ein Fall von Chondrodystrophia fetalis. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **98**, H. 5, S. 671—679. 1925.

Typische Chondrodystrophie bei $13^1/_2$ Jahre altem Knaben. Erwähnung verdient, daß seine Stimmung leicht depressiv ist, die Hypophysengrube soll vertieft sein, der Penis scheint ungewöhnlich groß zu sein, die Extremitätenknochen sind kalkärmer als normal.

Otto Maas (Buch b. Berlin).

Campbell, Horace E.: Hereditary deforming chondrodysplasia. Report of three cases. (Hereditäre deformierende Chondrodysplasie. Bericht über 3 Fälle.) (*Surg. clin., Lakeside hosp., Cleveland.*) Journ. of bone a. joint surg. Bd. **7**, Nr. 4, S. 982—996. 1925.

Fall 1. 21jähriger ♂. Knochenveränderungen wurden zum ersten Male festgestellt, als Patient 2 oder 3 Jahre alt war. In der Familie keine ähnlichen Erkrankungen. Mit Ausnahme des Schädels, der Füße und der Zehen waren sämtliche Teile des Knochengerüstes mehr oder weniger befallen. — Fall 2. 8jähriger Knabe mit zahlreichen Tumoren und Exostosen an den langen Röhrenknochen. Beginn der Erkrankung im Alter von einem Jahr. Bei der Mutter des Kindes bestand eine gleichartige, aber sehr leichte Knochenerkrankung. — Fall 3. 12jähriges Mädchen. Beginn der weitverzweigten Knochenveränderungen im Alter von $2^1/_2$ Jahren. Einziger Fall in der Familie. *Taterka* (Berlin).

Tetanie und Spasmophilie:

Collip, J. B.: The internal secretion of the parathyroid glands. (Die innere Sekretion der Nebenschilddrüsen. (*Dep. of biochem., univ. of Alberta, Edmonton, Canada.*) Proc. of the nat. acad. of sciences (U. S. A.) Bd. **11**, Nr. 8, S. 484 bis 485. 1925.

Aus dem Nebenschilddrüsenextrakt wurde durch isoelektrische Fraktionierung das aktive Prinzip gewonnen. Die Spezifität dieser Substanz wurde an Tetaniehunden bewiesen; auch zeigte sich eine Beeinflussung des Kalkstoffwechsels im Sinne einer Mobilisierung des Blutkalks. Die Vermehrung des Calciums im Blute war quantitativ abhängig von der Menge der injizierten Substanz. *Fritz Poos* (Münster i. W.).°

Hjort, A. M., S. C. Robison and F. H. Tendick: An extract obtained from the external bovine parathyroid glands capable of inducing hypercalcemia in normal and thyreoparathyroprivie dogs. (Ein aus Rinderepithelkörperchen gewonnener Extrakt, der die Fähigkeit hat, Hypercalcämie bei normalen Hunden und solchen, denen die Schilddrüse von Epithelkörperchen herausgenommen, zu erzeugen.) (*Dep. of chem. research, Parke, Davis a. comp., Detroit.*) Journ. of biol. chem. Bd. **65**, Nr. 1, S. 117 bis 128. 1925.

Verff. stellten ein wirksames Extrakt aus den Epithelkörperchen des Rindes dar, das die Fähigkeit hat, den Calciumspiegel des Serums zu erhöhen. Sie machten eine sehr große Zahl von Untersuchungen über die Art der Extraktion, um zu einem haltbaren und sehr wirk-

Digitized by Google

samen Extrakt zu gelangen, das schließlich auch für den Menschen anwendbar wird. Das Nebenschilddrüsenhormon kann aus den frischen Epithelkörperchen des Rindes durch wäßrige oder alkoholische, salzsaure Extraktion gewonnen werden. Parenteral Hunden einverleibt, besitzt dieses Extrakt die Eigenschaft, Tetanie zu beseitigen und Hypercalcämie hervorzurufen. Das Kochen der Drüse mit verdünnter Salzsäure ist der Extraktion bei Zimmertemperatur vorzuziehen. Der lipoidfreie Teil der Drüsen ist sehr kräftig wirksam. Wenn die Eiweißkörper durch Neutralisation bis zum isoelektrischen Punkt ausgefällt werden und bis 80% Alkohol zugefügt werden, büßt das Extrakt wenig von seinem Wirkungsvermögen ein. Das Hormon ist recht haltbar. Es widersteht im komplizierten und eingreifenden Vorgange seiner Darstellung. Seine Aufbewahrung im Eiskasten durch 16 Monate hindurch minderte nicht seine Wirksamkeit. *Adler* (Leipzig).°°

Osteomalacie, Pagetsche Krankheit:

Fribourg-Blanc: Trois cas de la maladie de Paget. (3 Fälle von Pagetscher Krankheit.) Journ. des praticiens Jg. 39, Nr. 29, S. 466—472. 1925.

Im Anschluß an die Wiedergabe von 3 hinsichtlich der Knochenveränderungen typischen Krankheitsgeschichten geht der Verf. ausführlich auf die Symptomatologie, Differentialdiagnose, Pathogenese und Behandlung der Pagetschen Krankheit ein. Auf die weniger bekannten Komplikationen und Begleiterscheinungen der Krankheit — Fall 1 zeigte neben der Skeletterkrankung einen Diabetes insipidus, Zirkulationsstörungen und eine cyclothymische Geistesstörung, Fall 2 kleine subcutane Angiolipome, eine Albuminurie, einen sklerosierenden Lungenprozeß und eine Hyperleukocytose — wird besonders hingewiesen. Die Pagetsche Krankheit beginnt schleichend. Lange bevor Knochenveränderungen erkennbar sind, bestehen schon lebhafte Schmerzen, Parästhesien und Muskelkrämpfe. Mitunter führt erst eine Spontanfraktur zur Erkennung des Leidens. Zahlreiche Störungen, wie Nierensklerose (Albuminurie in Fall 2), Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Diabetes insipidus in Fall 1), kardiovasculäre Störungen u. dgl. sprechen dafür, daß es sich keineswegs um eine reine Knochenerkrankung handelt. Sehstörungen mit Chorioretinitis, Netzhautblutungen und Stauungspapille sowie Taubheit sind auf mangelhafte cerebrale Zirkulation zu beziehen. Die Ansichten über die Pathogenese gehen noch weit auseinander. Der Syphilis, besonders der hereditären Spätform, wird einige Bedeutung zugesprochen; daneben denkt man an toxische oder infektiöse Prozesse (Diplokokken), an eine traumatische Genese und schließlich an eine endokrine Störung. Die vorgeschlagenen Behandlungsmethoden sind sämtlich mehr oder minder unwirksam. Immerhin soll man eine antisyphilitische Therapie versuchen, selbst in Fällen, die keine Anhaltspunkte für Syphilis bieten. Gelegentlich gelingt es auf diesem Wege, die Krankheit aufzuhalten, fast immer, die erheblichen Schmerzen zu beseitigen. Auch eine intensive und über lange Zeit sich erstreckende Opotherapie ist zu empfehlen. (Der Diabetes insipidus in Fall 1 ließ sich durch Injektionen von Hypophysenextrakt günstig beeinflussen.) Am besten kombiniert man die antisyphilitische Behandlung mit Injektionen von pluriglandulären Extrakten. *Taterka* (Berlin).

Dercumsche Krankheit, Lipomatose:

Oswald, Ad.: Die verschiedenen Formen der endokrinen und cerebralen Fettsucht. Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 46, S. 1048—1053. 1925.

Schilderung der klinischen Erscheinungen der genitalen, thyreogenen, hypophysären, epiphysären und epinephrogenen Fettsucht sowie der Lipomatosen und ihrer Therapie. *V. Kafka* (Hamburg).

Lehmann, Robert: Die Fettleibigkeit und ihre Begutachtung hinsichtlich der Invalidität. (*Landesversicherungsanst. „Rheinprovinz", Düsseldorf.*) Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 31, Nr. 21, S. 286—288 u. Nr. 22, S. 300—306. 1925.

Verf. unterscheidet 3 Gruppen von Fettleibigen: 1. die Fettleibigen, die sich wohlfühlen und — wenigstens zur Zeit — in ihrer Leistungsfähigkeit nicht beeinträchtigt sind; 2. diejenigen, die sich wohlfühlen, weil und solange sie oder andere ihrem Körper nur gerade das geringe Maß von Leistung zumuten, dessen er fähig ist; 3. die Fettleibigen,

Digitized by Google

deren Körper schon gegenüber kleinen Anforderungen, ja gegenüber den Leistungen, wie sie der Ablauf der körperlichen Funktionen selber mit sich bringt, versagt.
Kurt Mendel.

Familiäre Erkrankungen, Myotonie:

Reed, Elias A.: Congenital total hemihypertrophy. (Angeborene totale Hemihypertrophie.) (*Brooklyn hosp., Brooklyn.*) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 14, Nr. 6, S. 824—827. 1925.

Das Vorkommen dieser Anomalie bei Geschwistern ist bisher noch nicht beobachtet worden, um so mehr ist die Kürze der Beschreibung zu bedauern. Bei zwei von mehreren Geschwistern, einem Mädchen von 12 und einem Jungen von 17 Jahren, bestand eine angeborene rechtsseitige totale Hemihypertrophie. Das Mädchen war schwachsinnig und hatte pigmentierte Naevi am rechten Bein und an der linken Hand, der Junge war nach Kopfverletzung im 12. Lebensjahre epileptisch geworden, sonst durchschnittlich begabt. Wassermann negativ. Röntgendurchleuchtung ergab normale Sella turcica. *Hallervorden.*

Krämer, Richard: Ein Beitrag zur Vererbung der Ptosis congenita. Wien. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 46, S. 2533—2537. 1925.

Dank der Exaktheit der Diagnostik in der Augenheilkunde durch die direkte Anschauung wie durch die physikalischen Untersuchungsmethoden ist hier die Erkennung von Anomalien vielfach leichter und besser begründet als in anderen Disziplinen; aus diesem Grunde bildet gerade sie für die Vererbungslehre ein dankbares Feld der Forschung. Verf. teilt den Stammbaum einer Familie mit, bei der es ihm gelang, eine Ptosis congenita bis in die 6. Generation zurückzuverfolgen. Bemerkenswert ist, daß die Störung nicht geschlechtsgebunden war. *Pette* (Hamburg).

Mirvish, L.: A familial incidence of peroneal type of progressive muscular atrophy (Charcot-Marie-Tooth disease). (Familiäres Vorkommen der peronealen Form der progressiven Muskelatrophie.) South African med. record Bd. 23, Nr. 18, S. 411 bis 412. 1925.

Bericht über eine Familie, in der von 5 Kindern 4 an genannter Krankheit litten, während beide Eltern vollkommen gesund waren. Die Krankheit begann stets schleichend, u. zw. nie vor dem 17. Lebensjahr, mit Lahmheit in den Beinen und bot im Zustand voller Entwicklung folgendes Bild: Schlaffe Lähmung der Unterschenkel-, spastische Lähmung der Oberschenkel-Muskeln. Abmagerung der Unterschenkel-Muskeln. Füße in Equinovarus-Stellung. Trophische Geschwüre an Unterschenkeln und Füßen mit guter Heilungstendenz. Stehen nur mit Unterstützung möglich. Kniebeugung infolge der Spasmen äußerst erschwert. Schwund der kleinen Handmuskeln. Fibrilläre Zuckungen in den Muskeln des Oberschenkels, des Daumen- und Kleinfingerballens und in den Kaumuskeln. Kein Ansprechen der Peronei auf faradische Reizung. Dissoziierte Empfindungslähmung. In einem Falle gelegentlich unfreiwilliger Harn- und Kotabgang. Geistige Stumpfheit. — Differentialdiagnostisch kann in erster Linie Syringomyelie in Frage. *Alfred Schreiber* (Hirschberg i. Schl.).

Roseno, Alfred: Über hereditären Tremor. Med. Klinik Jg. 21, Nr. 38, S. 1424 bis 1425. 1925.

Bericht über eine Familie, die in 5 Generationen 6 Fälle von hereditärem Tremor aufwies. *Erwin Wexberg* (Wien).

D'Antona, S.: Sulla cosidetta miotonia atrofica. (Über die sogenannte „Myotonia atrophica".) Atti d. reale accad. dei fisiocrit. in Siena Bd. 17, Nr. 1/2, S. 3—4. 1925.

26jähriger Mann, Alkoholiker; eine Schwester, mit 22 Jahren an Lungenentzündung gestorben, litt an denselben motorischen Störungen wie Patient. Seit 4 Jahren zunehmende Schwäche der oberen Gliedmaßen. Symmetrische Atrophie der Mm. temporales, sternocleidomastici, cucullares, des unteren Drittels des Triceps, der Vorderarmbeuger, Supinator long., vastus internus des Quadriceps und in leichterem Grade der Peronealgruppe. Ausgezeichnete Myotonie, in den Händen und Zunge ohne weiteres sichtbar, aber auch nahezu in der ganzen übrigen Muskulatur auf mechanische und elektrische Reize nachweisbar. Calvities, punktförmige und lineare Linsentrübungen, Hypoplasie der Testikel und der Schilddrüse. Verschmälerung der Sella turcica; Handknochen weisen in der Corticalis Kalkarmut auf. Histologische Untersuchung excidierter Muskelstücke ergibt, neben normalen Fasern, atrophische und hypertrophische, mit starker Kernvermehrung im Sarkolemm und im Innern der Faser; Andeutung von Fibrolyse und Strukturverwischung der Querstreifung. Beide vegetative Nervensysteme ergeben auf pharmakologischen Versuch abnorme Reaktionen (abnorme Pilocarpinempfänglichkeit, Mißverhältnis zwischen Puls und Blutdruck).

Digitized by Google

In den epikritischen Bemerkungen betont Verf. die Differenzen gegenüber der klassischen Thomsenschen Krankheit und gegenüber den verschiedenen Muskeldystrophien. Es handle sich wahrscheinlich um eine Affektion des neuro-glandulären Apparates auf hereditärer Grundlage. *Alexander Pilcz* (Wien).

Syphilis:

● **Schlesinger, Hermann: Syphilis und innere Medizin. I. Tl. Die Arthro-Lues tardiva und ihre Therapie.** Wien: Julius Springer 1925. V, 165 S. S. 16.80/G.-M. 9.90.

Verf. gibt auf Grund einer großen klinischen Erfahrung eine Darstellung der Arthro-Lues tardiva und ihrer Therapie. Für den Neurologen von Wichtigkeit sind besonders die Kapitel über die Spondylitis luica und vor allem die Bemerkungen über die Differentialdiagnose zwischen den schmerzlosen Arthropathien der Tabiker und der Arthro-Lues tardiva. Das Buch ist geeignet, die Klärung der praktisch bedeutungsvollen Fragen auf diesem Gebiete zu fördern. *R. Hirschfeld* (Berlin).

Gaines, Lewis M.: Neurosyphilis. Southern med. journ. Bd. 18, Nr. 10, S. 723 bis 727. 1925.

Betont die große Verschiedenheit der neurosyphilitischen Symptome. Mehrere Fälle mit tabischen bzw. taboparalytischen Symptomen werden genau mitgeteilt, die nichts Bemerkenswertes in ihrer Symptomatologie enthalten. Verf. rühmt die Wirkung der endolumbalen Behandlung, die von ihm vorzugsweise mit salvarsanisiertem Serum durchgeführt wird. In den mitgeteilten Fällen werden lanzinierende Schmerzen gebessert, die Pleocytose herabgesetzt, gelegentlich die WaR. beseitigt.

Aussprache: Trentzsch hat etwa 60 Fälle „cerebrospinaler Lues" mit Malaria behandelt und findet in 70% Besserung oder Remission; genauere Typendifferenzierung wird nicht gegeben. — Williams hält die Erfolge intraspinaler Behandlung für unspezifisch. — Van Wart hat nach Frühbehandlung mit Arsphenamin (Salvarsan) allein ungewöhnlich viel meningitische Erkrankungen gesehen. In einem Fall von Lues mit späterer Epilepsie sistierten die Anfälle nach Chiningebrauch. Rühmt ebenfalls endolumbale Behandlung. — Gaines (Schlußwort): Manche Patienten sind wassermannfest und doch klinisch gebessert. In diesen Fällen ist der Zellgehalt des Liquors gut zu kontrollieren. *F. Stern* (Göttingen).

Efron, N., und Z. Gržebin: Die Bedeutung der Liquorveränderungen in den verschiedenen Stadien der Syphilis. Venerologija i dermatologija Jg. 1925, Nr. 4, S. 10—29. 1925. (Russisch.)

Von 34 Fällen im ersten Stadium der Lues wurden Veränderungen im Liquor 5 mal vorgefunden (14%). In allen 34 Fällen, außer 3, war übrigens die WaR. positiv, so daß mit Kyrle eigentlich schon vom Beginn des 2. Stadiums gesprochen werden darf. In 35 Fällen, in denen der Liquor bis zu 2 Monaten nach der Infektion untersucht wurde, fiel das Resultat in 7 Fällen (20%) positiv aus. Von 76 Fällen von Lues II waren in 18 Fällen (23,6%) Liquorveränderungen zu konstatieren. Wo es sich um degenerative Prozesse im Z. N. S. handelt, gelingt es durch die Therapie nicht, den Liquor negativ zu machen. Bei entzündlichen Prozessen dagegen verschwinden durch die Behandlung die positiven Liquorsymptome. *M. Kroll* (Minsk).

Förtig, Hermann: Beiträge zu den Ergebnissen der Liquoruntersuchung bei Syphilis. (*Klin. f. Haut- u. Geschlechtskrankh., Univ. Würzburg.*) Arch. f. Dermatol. u. Syphilis Bd. 149, H. 3, S. 627—666. 1925.

Die wichtige Arbeit analysiert die Resultate der an der Zielerschen Klinik seit langen Jahren systematisch durchgeführten Liquoruntersuchungen. Das Referat muß sich auf die wichtigsten Angaben beschränken. A. Liquorveränderungen bei unbehandelter Lues. 1. Syphilis I = 44 Fälle (1pos., 43 neg.); 2. Syphilis II = 257 Fälle (71 = 27,6% pos., 186 = 72,4% neg.); 3. Syphilis latens (WaR +) = 48 Fälle (18 = 37,5% pos., 30 = 62,5% neg.); 4. Syphilis congenita = 15 Fälle (davon 5 pos.); Syphilis III = 40 Fälle, 25 unbehandelte (davon 13 pos.) und 15 vorbehandelte (davon 8 pos.). B. Liquorverhältnisse bei behandelter Syphilis: 1. Syphilis I = 5 Fälle (sämtlich neg.); 2. Syphilis II = 67 Fälle (29 = 43,3% pos., 38 neg.); 3. Syphilis latens (WaR. +) = 61 Fälle (27 = 44,2% pos., 34 neg.); 4. Syphilis latens WaR. 0)

Digitized by Google

= 102 Fälle (18 = 17,6% pos., 84 = 82,4% neg.). Verf. geht dann auf die Frage der „Provokation" ein, wobei er Provokation im strengen Sinne (Auftreten von Liquorveränderungen im normalen Liquor) von Provokation im weiteren Sinne (Verstärkung vorhandener Liquorveränderungen) unterstreicht. Von 36 unbehandelten Fällen wurden 34 im strengen, 2 im weiteren Sinne provoziert, von 19 vorbehandelten Fällen 16 bzw. 3. Bezüglich der Möglichkeit einer Provokation besteht kein Unterschied zwischen behandelten und unbehandelten Fällen: von 261 unbehandelten Fällen wurden 37 = 14,2%, von 138 vorbehandelten Fällen 18 = 13% provoziert. Dagegen scheint ein grundsätzlicher Unterschied zu bestehen in der Häufigkeit der Erzeugung von Liquorveränderungen bei ausgangsnegativen und ausgangspositiven Fällen: von jenen wurden von 285 Fällen 50 = 17,5% provoziert, von diesen von 114 Fällen aber nur 5 = 4,4%. Jedes Antisyphiliticum vermag Liquorveränderungen zu provozieren, auch Jod allein. Und in jedem Syphilisstadium ist eine Provokation möglich, sogar bei Syphilis III und alter Syphilis congenita. Verf. erklärt die Provokation damit, daß durch die Therapie irgendwo im Zentralnervensystem liegende Spirochätennester zur Wucherung angeregt werden und Gewebsreaktionen an dem Mesenchym hervorrufen, die dann Liquorveränderungen machen, oder daß die Spirochäten erst von der Blutbahn aus in das Zentralnervensystem gelangen und dort die Liquorveränderungen hervorrufen. Die provokatorisch entstandenen Liquorveränderungen sind ebenso leicht zu beseitigen wie die spontan entstandenen bei frischer Lues. Verf. geht dann auf die Frage nach den Beziehungen zwischen den Liquorveränderungen im Frühstadium und denen bei den Späterkrankungen des Zentralnervensystems ein; sie ist heute noch ungelöst. Jedenfalls ist es durchaus fraglich, ob sich eine Metalues nur auf dem Boden eines fortlaufend kranken Liquors entwickeln kann. Weiterhin wird über Fälle berichtet, bei denen nach Abschluß der I. Kur der Liquor negativ war, aber nach Monaten und Jahren positiv wurde; ferner über Behandlung und Schicksal ausgangspositiver und -negativer Fälle, z. T. über viele Jahre hin. Rätselhaft ist es noch, warum ein Teil der schlechtbehandelten Fälle liquorpositiv wird, während ein nicht geringer Teil von ebenso schlecht behandelten liquornegativ bleibt und andrerseits einige, selbst nach unseren jetzigen Begriffen gut behandelte Fälle liquorpositiv werden. Die Stellung des Verf. zur Frage der Therapie kennzeichnen die Worte: „Die stark positiven Reaktionen, vor allem die WaR. zeigen an, daß es sich um einen aktiven Krankheitsprozeß im Bereiche des Zentralnervensystems handelt, der mit allen Mitteln zu bekämpfen ist." Zur Feststellung der Heilung einer Syphilis hält Verf. die Lmbalpunktion für unbedingt erforderlich, am besten 2—6 Wochen nach der Salvarsanprovokation. *K. Eskuchen* (Zwickau).

Kozernikov, A., und B. Chavskij: Über frühe syphilitische akute fieberhafte Cerebrospinalmeningitis. Žurnal nevropatologii i psichiatrii Jg. 18, Nr. 1, S. 71—83. 1925. (Russisch.)

3 instruktive Fälle von syphilitischer Cerebrospinalmeningitis mit akutem, fieberhaften Verlauf. Man muß den Verff. zustimmen, daß in Fällen von fieberhafter Cerebrospinalmeningitis immer wieder auch an eine luetische Ätiologie gedacht werden muß. Dieselbe kann sich bereits wenige Wochen oder Monate nach der Infektion entwickeln, in den Fällen der Verff. nach 4 Monaten. Die Temperatur stieg von 38,2—38,5°. Die spezifische Therapie gab in allen Fällen völlige Genesung. *M. Kroll* (Minsk).

Sommer, Ignaz: Die Lues der Sinnesorgane (Auge und Ohr). (*Krankenh. Wieden, Wien.*) Arch. f. Dermatol. u. Syphilis Bd. 149, H. 3, S. 534—554. 1925.

Kasuistische Zusammenstellung einer Anzahl von Fällen, bei denen gleichzeitig Auge und Ohr erkrankt war. Es sind Fälle kongenitaler und akquirierter Lues. Besonders häufig findet sich diese Kombination im Frühstadium der Lues. Dabei kann in bezug auf den N. octavus der cochleare Anteil intakt und lediglich der vestibuläre affiziert sein; auch kommt es vor, daß der vestibuläre Apparat auf einen Reiz versagt, während er auf einen anderen gut reagiert. Von Augensymptomen bestanden in den mitgeteilten Fällen Störungen aller Art: einfache Okulomotoriusstörungen wie auch das Argyll-Robertsonsche Phänomen. Anatomisch beruhen die Störungen wohl am häufigsten auf endarteriitischen Prozessen. *Pette* (Hamburg).

Digitized by Google

Stadnizkij, N.: Syphilis der Schädelknochen nach den Befunden im anatomischen Institut der Universität in Ssaratov. Venerologija i dermatologija Jg. 1925, Nr. 4, S. 1—9. 1925. (Russisch.)

Beschreibung von 6 Schädeln, an denen Resultate syphilitischer Prozesse zu konstatieren waren. Im 1. Falle handelte es sich um disseminierte Knochengummata, diffuse, gummöse Periostitis mit peripherer Osteosklerose. Im 2. Falle bestand: osteoperiostitis gummosa rareficiens profunda et superficialis ossis frontis, eburneatio peripherica, caries sicca disseminata ossis frontis, Spuren einer chronischen Pachymeningitis. An den übrigen Schädeln waren ähnliche Befunde zu erheben. Mit Virchow hält Stadnitzky für Syphilis diejenigen Narben am Schädel für pathognomonisch, die in der Mitte den stärksten Defekt aufweisen und deren Ränder verhältnismäßig abgerundet sind, keinen unebenen Charakter haben. Am pathognomonischsten ist die Caries sicca. *M. Kroll* (Minsk).

Simon, Clément: Sur la syphilis héréditaire et son traitement. (Über die Erbsyphilis und ihre Behandlung.) (*Hôp. Saint-Lazare, Paris.*) Bull. méd. Jg. 39, Nr. 50, S. 1347 bis 1350. 1925.

Das Colles-Beaumèssche Gesetz — Immunität der gesunden Mutter eines syphilitischen Kindes — scheint nicht zuzutreffen, da bei längerer Beobachtung bei den meisten dieser Mütter Zeichen von Syphilis bzw. positive WaR. gefunden werden. Die Infektion der Mutter vom Fetus aus ist nicht anzunehmen, vielmehr erfolgt sie wohl vor der Konzeption oder während der Schwangerschaft, doch ist auch eine Infektion durch das Sperma zuzugeben. Das Alter, in dem die Erscheinungen der Erbsyphilis zum ersten Male auftreten können, ist allmählich immer weiter hinausgeschoben worden, bis zu 40 Jahren und darüber. Vor Annahme einer syphilitischen Entstehung allzu vieler bei Erbsyphilitischen vorkommenden Krankheitserscheinungen ist zu warnen. Ebenso sind die syphilitischen Stigmata nicht so zahlreich, wie oft angenommen wird. Die Annahme eines besonderen Syphilistoxins für die Entstehung der Entwicklungsstörungen (Dystrophien) der Erbsyphilitischen ist mindestens überflüssig, da diese Störungen zum größten Teil von Erkrankung der durch die Syphilis häufig befallenen endokrinen Drüsen abhängen. Behandlung: Zur Vorbeugung neben allgemeinen Maßnahmen Behandlung syphilitischer Frauen oder der Ehefrauen von Syphilitikern während jeder Schwangerschaft. Das Kind ist zu behandeln, wenn es irgendwelche Erscheinungen der Syphilis bietet oder von einer frisch infizierten Mutter stammt. In allen anderen Fällen genügt eine sorgfältige Beobachtung.

Reich (Breslau).

Hoffmann, Erich: Ein Merkblatt über die Bedeutung der Lumbalpunktion bei Syphilitischen nebst Bemerkungen über moderne Syphilistherapie und Mesurol. Dermatol. Zeitschr. Bd. 43, H. 5/6, S. 296—299. 1925.

Um den Patienten seiner Klinik die Bedeutung der Lumbalpunktion für ihren augenblicklichen Zustand und für ihre ganze Zukunft recht eindringlich klarzumachen, hat E. Hoffmann ein „Merkblatt über die Wichtigkeit genauester Untersuchung des Nervensystems" ausgearbeitet, das auch in anderen als Hautkliniken angebracht erscheint. Das Merkblatt ist bewußt optimistisch gehalten. H. resümiert dann einige Erfahrungen bei der Luesbehandlung: Bei der Salvarsan-Malaria-Behandlung der Frühlues, über deren Zweckmäßigkeit Entscheidendes noch nicht zu sagen ist, wird — wie überhaupt bei Salvarsanbehandlung — hohe Dosierung empfohlen: Einzeldosis 0,45 bis 0,6 g, alle 3—4 Tage, im ganzen bis 6,0 g. Das von Hoffmann und Schreus eingeführte Wismutsalz Mesurol soll nicht in den für andere Wismutpräparate üblichen Mengen gegeben werden, sondern nur 0,75—0,8 ccm pro dosi, da Mesurol doppelt soviel Bi enthält wie z. B. Bismogenol. „Eine maximale gründliche Frühbehandlung mit 1—3 und mehr Kuren (je nach dem Alter der Infektion) bewahrt die große Mehrzahl der Syphilitischen vor Liquorveränderungen, da an unserem allerdings noch nicht genügend großen Material weniger als 10% Fälle liquorkrank gefunden worden sind;

Digitized by Google

unterbrochene und ungenügende Behandlung kann die Liquorerkrankung aber bis zu 80% herauftreiben." *Wüllenweber* (Köln).

Vergiftungen, Infektionen:

Heim de Balsac, F., E. Agasse-Lafont et A. Feil: La faiblesse des extenseurs est-elle un stigmate caractéristique de l'intoxication saturnine. (Ist die Schwäche der Extensoren ein charakteristisches Merkmal der Bleivergiftung?) Presse méd. Jg. **33**, Nr. 75, S. 1249—1251. 1925.

Das „Extensorenzeichen" besteht in einer abnormen Schwäche der Extensoren der Hände und Finger, entweder beider- oder einseitig, und spricht nach Teleky — falls eine Handgelenkankylose oder sehr harte, langjährige Arbeit auszuschließen sind — für Bleiintoxikation. Es ist in 17,4% der Fälle bei Bleiarbeitern nachweisbar. Bei Nicht-Bleiarbeitern fand es sich positiv in 1,85% der Fälle (Teleky). Meist findet es sich rechtsseitig. Die Zahl der positiven Fälle wächst progredient mit dem Grad der Intoxikation (Teleky). Die Feststellungen der französischen Autoren weichen oft von denjenigen Telekys ab. Bei 43 Bleiarbeitern unter 45 Jahren war das Extensorenzeichen 17 mal (= 39%) positiv, (6 mal doppelseitig, 8 mal rechts, 3 mal links; bei 7 Arbeitern über 45 Jahren 4 mal positiv (= 57%), 2 mal doppelseitig, je 1 mal rechts- und linksseitig. Bei 33 Marokkanern 7 mal, bei 17 Franzosen 8 mal positives Zeichen. Arbeiter mit negativem Zeichen boten mit gleicher Häufigkeit wie die anderen Symptome von Bleivergiftung. Bei 20 Individuen, die nichts mit Blei zu tun hatten, war das Zeichen 6 mal (= 30%) positiv; bei 140 Tuberkulösen 48 mal (= 34%), 19 mal doppelseitig, 20 mal rechts, 9 mal links. Die Verff. fanden demnach im Gegensatz zu Teleky nur einen geringen Unterschied zwischen Bleiarbeitern und Leuten, die nichts mit Blei zu tun hatten. Das Zeichen ist auch öfter (in 40% der Fälle) doppelseitig, als es Teleky angibt (in 5% der Fälle), findet sich auch recht häufig links bei Rechtsern. Eine Erklärung für die Differenzen zwischen Teleky und ihnen vermögen die Verff. nicht zu geben. Das Extensorenzeichen ist noch nicht genügend klargestellt, weder nach dem diagnostischen Wert seines positiven Ausfalls für die Praxis hin, noch bezüglich seiner Technik. Ein wichtigeres Zeichen für Bleivergiftung bleiben der Bleisaum am Zahnfleich sowie die Hämatien mit basophilen Granulationen im Blute. Die Blutuntersuchung ist für Diagnose, Prognosenstellung und Prophylaxe des Saturnismus vorerst noch unersetzlich. *Kurt Mendel.*

Syllaba, Lad.: Lyssa nach Impfung oder durch Impfung gemildert. Časopis lékařů českých Jg. **65**, Nr. 1, S. 7—12. 1926. (Tschechisch.)

Verf. teilt einen Fall mit, bei dem sich einige Wochen nach einer Lyssaimpfung, die wegen eines Bisses durch ein Wiesel vorgenommen wurde, die Erscheinungen einer schweren Polyneuritis entwickelten, die nach einiger Zeit vollständig in Heilung übergingen. Bei nervösen Syndromen bei gegen Lyssa geimpften Personen kann es sich um eine, durch ein Straßengift (Virus de la rue) hervorgerufene Lyssa handeln, die durch die Impfung mitigiert wurde, oder um Lyssa, die durch ein fixes Gift überimpft wurde. Die nervösen Erscheinungen könnten aber auch erzeugt sein durch toxische, in der injizierten Rückenmarksemulsion enthaltene Substanzen, oder es könnte sich um die Wirkung artfremder Substanzen handeln, die dem Körper durch die Impfung einverleibt werden, also um eine Art Anaphylaxie. Endlich könnte die Lyssaimpfung im Organismus eine Prädisposition für die Wirksamkeit einer zufälligen anderen neurotropen Infektion schaffen, wie Polyneuritis, Encephalitis usw. Verf. stellt zum Schlusse fest, daß eine Impflyssa tatsächlich existiert. *O. Wiener* (Prag).

Hempt, Adolphe: Sur une méthode rapide de traitement antirabique. (Schnellmethode der Tollwutbehandlung.) Ann. de l'inst. Pasteur Jg. **39**, Nr. 7, S. 632 bis 640. 1925.

Verf. empfiehlt zur Behandlung der Tollwut eine Äthervaccine, mit der er auch bei sehr schweren Fällen Erfolg hatte, und durch die sich eine wesentliche Verkürzung der Behandlungsdauer erzielen läßt. *G. Ewald* (Erlangen).

Trabaud, J.-P.-R.: Etat actuel de nos connaissances sur le béribéri à propos de la relation d'une épidémie de cette maladie observée récemment en Syrie. (Gegenwärtiger Stand unserer Kenntnisse über die Beri-Beri-Krankheit gelegentlich des Berichtes

Digitized by Google

eines kürzlichen epidemischen Auftretens dieser Krankheit in Syrien.) Arch. de méd. et de pharmacie milit. Bd. 83, Nr. 3, S. 277—286. 1925.

Der weiße Reis scheint die Ursache des Beri-Beri zu sein. Eine an Vitaminen besonders reiche Nahrung und Vermeidung des Reises, Trauben, Eier, Zitronen, salzlose Kost ließen alle Störungen schwinden. Die Prophylaxe besteht in Überwachung der Eingeborenen, Beschränkung der Reisration in der täglichen Nahrung, Aufklärung der Bevölkerung. *Kurt Mendel.*

Tetanus:

Buzello, Arthur: Über unsere Methoden zur möglichst frühzeitigen Erkennung des menschlichen Wundstarrkrampfes. (*49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.*) Arch. f. klin. Chir. Bd. 138 (Kongreßbericht), S. 351—357. 1925.

Durch frühzeitige reichliche Injektion von Serum gelingt es, das Tetanusgift zu erfassen. Man muß das Serum subcutan, intravenös, endoneural und intralumbal injizieren. Dadurch erreicht man mit Sicherheit, daß das Gift von den motorischen Ganglienzellen ferngehalten wird. Für beginnenden Tetanus ist charakteristisch ein ziehender und zuckender Schmerz in der Muskulatur, die die Wunde umgibt. Auffallend ist auch das starke Schwitzen. Auch bakteriologisch gelingt der Nachweis des Erregers im Wundsekret. Von größerer Bedeutung aber ist der biologische Nachweis, am besten an der weißen Maus. Impft man eine Aufschwemmung des verdächtigen Wundsekrets in Bouillon, von vorn her bis in die Gegend des Hüftgelenks, so bildet sich zunächst eine senkrecht verlaufende Hautfalte. Die Impfseite erscheint eingezogen. Erst später, wenn auch die andere Seite befallen ist, kommt es zu allgemeinen Krämpfen durch kleinste auslösende Momente. *Boenheim* (Berlin).

Gamberini, Mario: Di un caso di tetano cefalico a sindrome rara. (Ein Fall von Kopftetanus mit seltenem Symptomenbild.) (*Osp. magg., univ., Bologna.*) Giorn. di clin. med. Jg. 6, H. 16, S. 616—622. 1925.

4 Tage nach einer Steinsplitterverletzung an der rechten Seite der Nasenwurzel treten die ersten Symptome auf in Form von Spannungsgefühl in der rechten Wange und Erschwerung des Lidschlusses rechts. Später tritt Nackensteifigkeit, geringe tonische Contractur der Bauchmuskeln auf, doch sind vor allem die Kaumuskeln und die Facialismuskulatur rechts mehr als links Sitz der tonischen Contractur. Angesichts des tonischen Befallenseins des Facialis kann die Unfähigkeit zum Lidschluß rechts nicht auf eine Orbicularisparese zurückgeführt werden, sondern muß ihre Grundlage in einer tonischen Contractur des Levator pelpebrae haben. Heilung nach etwa 5 Wochen unter Behandlung mit Serum und nach Baccelli. *Hans Strauss* (Frankfurt a. M.).

Nasso, Ivo: Considerazioni su 18 casi di tetano dei neonati. (Betrachtungen über 18 Fälle von Tetanus neonatorum.) (*Istit. di clin. pediatr., univ., Napoli.*) Rinascenza med. Jg. 2, Nr. 23, S. 551—553. 1925.

Meist Bestätigung bekannter Tatsachen. Gegenüber Finkelstein hebt Verf. das spätere Auftreten hervor (in zwei Drittel der Fälle in der zweiten Woche); in allen Fällen Nabelinfektion sicher. Das erste Symptom immer Saugunfähigkeit infolge Trismus der Masseteren. Temperatur normal oder subfebril. Mortalität 88,9%. Kein sicherer Erfolg des Serums, was Verf. dadurch erklärt, daß die Säuglinge zu spät zum Arzt gebracht werden. *Josef Wilder* (Wien).

Traumatische Nervenerkrankungen, Kriegsverletzungen:

Lipmann, Otto: Unfallursachen und Unfallbekämpfung. Sammlung und psychologische Diskussion der Forschungsergebnisse. Mit einem Vorwort: Über den Inhalt der Arbeitswissenschaft. (*Inst. f. angew. Psychologie, Berlin.*) Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverwalt. Bd. 20, H. 3, S. 1—126. 1925.

Die Aufgabe, die das Institut in dieser Monographie gestellt hat, nämlich möglichst vollständige Sammlung der in- und ausländischen Forschungsergebnisse auf diesem Gebiete, seine Erörterung nach psychologischen Gesichtspunkten und Angabe der entsprechenden Bibliographie, ist als voll erfüllt zu erachten. Nach einer Einleitung, in welcher die Einordnung des Unfallproblems in die Arbeitswissenschaft, die Einteilung der Unfälle und der Unfallsursachen sowie die Arten der Verhütungsmaßnahmen besprochen werden, werden die Bedingungen erörtert, die die Unfallhäufigkeit beeinflussen. Sie liegen einmal begründet in der Körper- und Geistesbeschaffenheit der Arbeiter, und zweitens in dem Einfluß der Arbeit auf Ermüdung, Müdigkeit und Auf-

Digitized by Google

merksamkeit. Seinem ganzen Inhalt nach ist das Werk zu kurzem Referat nicht geeignet, seine Lektüre aber jedem, der sich tiefer mit dem Unfallproblem beschäftigen will, dringend zu empfehlen. *Giese* (Jena).

● **Was muß der Arzt von der neuen Verordnung über die Einbeziehung der Berufskrankheiten in die Unfallversicherung wissen und welche Pflichten ergeben sich für ihn daraus? Versicherungsrechtliche und ärztliche Hinweise. Hrsg. v. d. Fabrikärzten d. chem. Industrie. (Schriften a. d. Gesamtgeb. d. Gewerbehyg. Hrsg. v. d. dtsch. Ges. f. Gewerbehyg. Neue Folge. H. 14.)** Berlin: Julius Springer 1925. 72 S. G.-M. 4.50.

Die Verordnung vom 12. V. 1925 bestimmt, daß die Unfallversicherung auf eine Anzahl gewerblicher Berufskrankheiten ausgedehnt wird. Dem behandelnden Arzt ist die sofortige Anzeige einer solchen Krankheit beim Versicherungsamt vorgeschrieben. Als gewerbliche Berufskrankheiten gelten Erkrankungen durch Blei, Phosphor, Quecksilber, Arsen (und ihre Verbindungen), Benzol, Schwefelkohlenstoff, Erkrankungen an Hautkrebs durch Ruß, Paraffin usw., grauer Star bei Glasmachern, Erkrankungen durch Röntgenstrahlen, Wurmkrankheit der Bergleute, Schneeberger Lungenkrankheit. Den Ärzten entsteht hierdurch die Verpflichtung, sich mit diesen Krankheitsbildern und auch den gesetzlichen Bestimmungen bekannt zu machen. In der vortrefflichen Broschüre ist alles Wissenswerte zusammengestellt. Ihr ist die weiteste Verbreitung zu wünschen. *Reichardt* (Würzburg).

Marzio, Q. di: Coma frontale da frattura fronto-orbitale. (Coma frontale nach Bruch des Stirnbeins und der Orbita.) (*Clin. oculist., univ., Roma.*) Riv. oto-neuro-oftalmol. Bd. 2, H. 4, S. 367—371. 1925.

Das „Coma frontale" kennzeichnet sich durch Somnolenz, mehr oder weniger vollständigen Verlust des Bewußtseins, der Sensibilität und Motilität. Rückenlage. Augen halb geschlossen; Lichtreflex normal. Hornhautsensibilität positiv. Auf schmerzhafte Reize reagieren die Kranken durch Reflexbewegungen und undeutlich hervorgestoßene Worte. Langsame, tiefe Atmung. Nach 5—6 Tagen allmähliche Aufhellung. Ausgang in einen Zustand von Apathie, Ermüdbarkeit der Aufmerksamkeit und Merkfähigkeitsstörung. Verf. beobachtete das Krankheitsbild in 3 Fällen, in denen durch Fraktur des Stirnbeins in seinem Orbitateile mit Splitterung ein Druck auf den vorderen Pol des Stirnhirns ausgeübt wurde (2 mal links, 1 mal rechts). (Es scheint zweifelhaft, ob die Bezeichnung „Koma" — Verf. spricht sogar von einem „Coma vigile" — für den geschilderten Zustand ganz zutreffend ist. Ref.) *Reich* (Breslau).

Stulz, E., et P. Stricker: Hypotension aiguë du liquide céphalo-rachidien d'origine traumatique. (Akute Druckverminderung der Cerebrospinalflüssigkeit nach Trauma.) (*Clin. chir., univ., Strasbourg.*) Rev. de chir. Jg. 44, Nr. 7, S. 506—514. 1925.

Die Herabsetzung des Druckes in L. c. ist bei einem Teil der Schädelverletzungen als Folge derselben von Wichtigkeit. Intravenöse Injektion von destilliertem Wasser in einer Menge von 25—30 ccm ist geeignet, sehr rasch die Druckverminderung zu bessern. Bei einem Fall mit Ausfluß von L. c. aus dem Ohr konnte man die Wirkung der Injektion beobachten; es wurde der Druck und die Menge des ausfließenden Liquors vermehrt. Die Druckherabsetzung kann theoretisch dann zustande kommen, wenn die Subarachnoidealräume eröffnet sind, was anscheinend auch bei Fällen mit leichteren Kopfverletzungen, bzw. auch bei Fehlen einer schwereren Verletzung der Schädelkapsel vorkommen kann. Die Verff. führen 3 Fälle an, bei denen sofort oder auch nach mehrmaliger Injektion von destilliertem Wasser in die Venen der auf 0 gesundene Druck im Subarachnoidealraum sich bis zum normalen hob. Bei einem Falle wurde die Besserung an der Hand der in der Wirbelsäule belassenen Nadel geprüft. Mit der Heraufsetzung des Druckes besserten sich rasch und vollständig die übrigen Symptome einer Commotio cerebri. Die physiologische Grundlage des Einflusses durch den therapeutischen Eingriff sehen die Verff. in einer Änderung der osmotischen Verhältnisse im Ausgleich zwischen Blut und L. c., bzw. in einer Einwirkung auf die Funktion der Plexus chorioidei, wenn auch der letzte Grund nicht bekannt sei. *Rehm* (Bremen).

Digitized by Google

Urechia, C. I., et S. Mihalescu: Trismus et mort par inanition après un traumatisme crânien. (Trismus und Tod infolge Inanition nach einer Schädelverletzung.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 41, Nr. 38, S. 1566—1568. 1925.

Isolierter Trismus nach Trauma ist äußerst selten. Verff. beobachteten einen 56jährigen Mann, der durch einen Ochsen gestoßen wurde, auf den Rücken fiel und sich hierbei die Hinterhauptsgegend verletzte. Für einige Momente bewußtlos. Am folgenden Tage Trismus, der die Nahrungsaufnahme verhindert. Eine Woche lang konnte Patient nur etwas Milch zu sich nehmen. Starke Abmagerung. Sondenfütterung. 12 Tage nach dem Trauma Tod an Inanition. Autopsie: In der Gegend des Masseterkerns (Nissl-Färbung) einige Miliarblutungen, links sich bis zum sensiblen Trigeminuskern ausdehnend. Ganz nahe vom linken Kern findet sich ein mit Leukocyten gefülltes Gefäß und eine pericapilläre Blutung. In den Zellen mehr oder minder ausgesprochene Alterationen (Chromatolyse, granuläre oder vakuoläre Degeneration, Hyperchromatose). In der Infundibulargegend minimale Läsionen in den Nuclei supraoptici, suprachiasmatici und im Nucleus proprius des Tuber cinereum; kleine capilläre Hämorrhagie und ziemlich deutliche akute Veränderungen im Nucleus periventricularis dexter. In der Hirnrinde wenig ausgesprochene Läsionen (Inanition!). Auch die Veränderungen im Nucleus periventricularis sind auf die Inanition zurückzuführen. Hingegen verursachten die Läsionen im Masseterkern eine Reizung dieses Kernes mit darauffolgendem Trismus. *Kurt Mendel.*

Trénel et Montassus: Perforation du ventricule latéral à travers une cicatrice de trépanation par tentative de suicide d'un blessé de guerre, au moyen de la tige de son appareil prothétique. Survie de trois mois. Mort presque subite. (Perforation des Seitenventrikels quer durch eine Trepanationsnarbe infolge Selbstmordversuch eines Kriegsverletzten mittels der Spitze der Schutzplatte. 3 Monate nach der Tat plötzlicher Tod.) (*X. congr. de méd. lég. de langue franç., Lille, 25.—27. V. 1925.*) Ann. de méd. Jg. 5, Nr. 8, S. 408—411. 1925.

Ein kriegsverletzter Soldat mit einer etwa fünffrankstückgroßen Trepanationsöffnung über dem rechten Scheitelbein stieß 3 Jahre nach der Verletzung in einem Anfall von Melancholie und selbstmörderischer Absicht die Spitze der Schutzplatte in die Trepanationsöffnung durch die Kopfhaut bis zum Gehirn. Er erlitt eine linksseitige Lähmung und es floß etwas Liquor aus dem Einstichkanal. Nach und nach bildete sich ein Hirnprolaps. Der Kranke war wohl melancholisch verstimmt, aber stets bei vollem Bewußtsein. 3 Monate nach der Tat plötzlich Exitus. Die Sektion zeigte in dem erweiterten rechten Seitenventrikel eine Delle entsprechend dem Einstichkanal mit ringsum wurmstichig veränderter Hirnsubstanz. Eine Kommunikation zwischen Ventrikel und Oberfläche des Gehirns war nicht sicher festzustellen. Kein Eiter. *Gierlich* (Wiesbaden).

Solcard: Fractures isolées des apophyses transverses des vertèbres lombaires. (Isolierter Bruch des Processus transversus der Lumbalwirbel.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. 95, Nr. 8, S. 224—226. 1925.

Abbruch der Processus transversi rechts des 2., 3. und 4. Lumbalwirbels durch Sturz auf ein Winkeleisen. Die (auch sonst beschriebenen) Symptome sind: Skoliose, konkav nach der Verletzungsseite, umschriebene Schmerzhaftigkeit auf Druck von hinten, Schmerz mit Seitenneigung nach der unverletzten Seite. *Krambach* (Berlin).

Chodkov, W.: Meningocele spinalis spuria traumatica. Novaja chirurgija Jg. 1925, Nr. 2, S. 222—225. 1925. (Russisch.)

Schußverletzung bei einem 21jährigen Soldaten während des Krieges — im Jahre 1916 — im Liegen. Eintrittsstelle unterhalb der linken Scapula, die Kugel ist in den Adductoren des rechten Oberschenkels steckengeblieben. Die unmittelbaren Folgen waren: Lähmung und Anästhesie beider Beine, Retentio urinae et alvi und Blut im Harn; später traten Abscesse am Rumpf links und am Perineum hinzu. Incisio, langsame Heilung. Nach 11 Monaten traten die Lähmungserscheinungen zurück, es blieben nur geringe Spuren der Sensibilitätsstörung im Bereich L_5, S_1, S_2 und eine Flüssigkeitsansammlung in der Lumbosakralgegend: wenn man auf dieselbe mit der Hand drückte, merkte man sofort deutliche Zeichen einer Steigerung des intrakraniellen Druckes. Auf Grund dieses Symptoms wurde die Diagnose Hernia cerebrospinalis traumatica spuria gestellt. Eine Schußverletzung der Wirbelsäule und der Dura wird mit großer Wahrscheinlichkeit angenommen, und die Verbindung mit dem Subarachnoidealraum wird durch folgenden Versuch bewiesen: im Liegen auf der rechten Seite wird eine Lumbalpunktion (Krönigsche Nadel mit Manometer) zwischen dem 3. und 4. Lendenwirbel gemacht. Druck: 125 mm, pulsiert. Beim Drücken mit der Handfläche auf den Tumor stieg das Niveau der Flüssigkeit im Capillarrohr rasch an. Man ließ 10 ccm abfließen und wiederholte den Versuch mit demselben Erfolg. Die Untersuchung des Punktats aus dem Tumor und des Liquors hat ergeben: im Punktat 0,35‰ Eiweiß, vereinzelte Leukocyten, 2—10 Erythrocyten im Gesichtsfeld; im Liquor 0,3‰ Eiweiß, 1—5 Leukocyten

Digitized by Google

und vereinzelte Erythrocyten. Beide Flüssigkeiten waren klar und farblos. Der Patient wurde nicht operiert und nach kurzer Zeit aus dem Krankenhaus entlassen.
L. Arinstein (Charlottenburg).

Nervenkrankheiten der Tiere:

Brunschwiler, Karl: Über Meningitis acuta und verwandte Zustände beim Schwein. (*Pathol. u. bakteriol. Inst., veterin.-med. Fak., Bern.*) Zeitschr. f. Infektionskrankh., parasitäre Krankh. u. Hyg. d. Haustiere Bd. 28, H. 4, S. 277—294. 1925.

Meningoencephalitische Veränderungen kommen beim Schwein relativ oft vor. Unter 134 Sektionen waren 61 Fälle von Schweinepest; bei diesen fanden sich in 39,34% Hirnveränderungen, bei 20 Rotlauffällen in 45% und bei 10 Fällen von Schweineseuche in 20%. Nach dem Ergebnis der histologischen Untersuchung sollen die gefundenen Veränderungen für keine jener Krankheiten etwas Typisches haben. *Pette* (Hamburg).

Beck, A.: Beitrag zur enzootischen Encephalitis des Schafes. (*Tierseuchen-Inst., Univ. Leipzig.*) Zeitschr. f. Infektionskrankh., parasitäre Krankh. u. Hyg. d. Haustiere Bd. 28, H. 2, S. 99—110. 1925.

Verf. beschreibt eine bei Schafen vorkommende encephalitische Erkrankung, die in ihrer ganzen Art gewisse Anklänge an die Bornasche Erkrankung der Pferde erkennen läßt. Sie ist gekennzeichnet durch große Apathie, Unfähigkeit, sich auf den Beinen zu halten, und Zähneknirschen. Dabei Fieber bis 40°. Insgesamt wurden unter einem Bestand von 700 Stück auf einem Rittergut 8 Krankheitsfälle beobachtet; davon konnte Verf. 2 Fälle histologisch untersuchen. Makroskopisch finden sich bei dieser Krankheit Ödem und Hyperämie des Hirns, auf der Schnittfläche flohstichartige Blutungen, mikroskopisch Infiltrate um die in der Tiefe der Hirnrinde laufenden Gefäße, speziell im Riechhirn, ferner auch im Ammonshorn und in der Vierhügelgegend. Die Infiltrate bestehen aus Lymphocyten, Polyblasten und Plasmazellen. Meningen selbst frei. In den Kernen der Ganglienzellen des Ammonshorn acidophile Einschlußkörperchen. Die Frage, ob diese und die Bornasche Krankheit identisch sind, wird offen gelassen. *Pette* (Hamburg).

Demole, V.: Hydrocéphalie par empyème ventriculaire chez un chien (réalisant la décérébration de Goltz). (Hydrocephalus eines Hundes, bedingt durch ein ventrikuläres Empyem [in Analogie zu dem Hund ohne Großhirn von Goltz].) Journ. de neurol. et de psychiatr. Jg. 25, Nr. 9, S. 561—566. 1925.

Bei einem Hunde, bei dem aus experimentellen Gründen eine Trepanation des linken Stirnhirns vorgenommen worden war, entwickelte sich klinisch eine allmählich zunehmende Verblödung ganz im Sinne des Goltzschen Hundes ohne Großhirn. Anatomisch zeigte sich ein ausgedehnter Hydrocephalus internus, ausgehend von einer hochgradigen Erweiterung des linken Ventrikels mit Einschmelzung ausgedehnter Partien der Großhirnhemisphären und Erhaltenbleiben der basalen Stammganglien, wie des Pons und der Medulla oblongata. In der weißen Substanz der Großhirnhemisphäre fanden sich zudem noch kleine Abscesse. Der Plexus war in sämtlichen Ventrikeln nekrotisiert. Es handelt sich offenbar um einen experimentell gesetzten postinfektiösen Hydrocephalus. *A. Jakob* (Hamburg).

Spezielle Psychiatrie.

Epilepsie, Kinderkrämpfe:

Pfeiffer, H., F. Standenath und R. Weeber: Über den Peptidasenhaushalt des Epileptikers. (*Inst. f. allg. u. exp. Pathol., Univ. Graz u. steiermärk.. Landesheil- u. Pflegeanst. f. Geisteskranke am Feldhof b. Graz.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 98, H. 1/2, S. 297—346. 1925.

Nach eingehenden historischen Auseinandersetzungen — die Untersuchungen über den Peptidasenhaushalt des Verf. wurden nach 10jähriger Pause erneut aufgenommen — wird über den Peptidasengehalt von 563 Serum- und Harnproben von Epileptikern berichtet. Die an sich einfach auszuführende Reaktion — ausführliche Technik vgl. Fermentforschung 8, 327. 1925 — stellt das Abbauvermögen des Serums und Harns gegen das Dipepdid, Glycyltryptophan (Kalle & Co., Biebrich a. Rh.) fest. Der peptolytische Titer des Serums von gesunden Menschen

Digitized by Google

beträgt 50 Einheiten im Mittel und zeigt beim Einzelwesen auch bei wiederholten Blutentnahmen keine wesentlichen Schwankungen. Im Gegensatz dazu weisen die Harne auch von gesunden Menschen starke Schwankungen im peptolytischen Index auf (fermentfreie Harne und solche mit einem peptolytischen Index von 175 Einheiten.) Der Epileptiker kann in anfallsfreien Zeiten im Serum durchaus normale Werte darbieten. Häufig zeigten sich aber leichtere Schwankungen, die bei Normalen unter gleichen Bedingungen nicht angetroffen wurden. Die Morgenharne zeigen oft einen ungewöhnlich hohen Titer. Vorübergehende Abnahmen des Abbauvermögens im Harn können unter Umständen ein Ansteigen der Serumwerte zur Folge haben; dabei kann es zu einem Anfall kommen. Der Anfall selbst wird humoralpathologisch derart eingeleitet, daß unter einem Absinken des Fermentgehalts im Harne bis evtl. zur völligen Fermentsperre der Serumtiter bis zum Anfall und über diesen u. U. hinaus emporschnellt. Nach dem Anfall sinkt der Serumtiter langsam ab, währenddessen eine Fermentflut im Harn einsetzt, die Werte erreichen kann, welche weit über den Werten der Gesunden liegen können. Im Status epilepticus konnten Tage hindurch ungewöhnlich hohe Titerwerte des Serums bei gehemmter Harnfermentausscheidung festgestellt werden. — Untersuchungen mit Darmspülungen lassen die Verff. annehmen, daß der Enddarm als die wesentlichste Peptidasenquelle, sofern keine Erkrankung mit Gewebezerfall vorliegt, angesehen werden muß; so kann durch ausgiebige Darmentleerung der Peplidasengehalt des Harnes auch auf Tage zum Schwinden gebracht werden. — Im Liquor sind keine Beziehungen des Fermentgehalts zum Anfall festzustellen, desgleichen sind zwischen dem Fermentreichtum des Serums und seiner u. U. toxischen Wirkung für die weiße Maus keine Parallelen zu finden; dabei machen die Autoren mit Recht auf die grundsätzlichen Bedenken solcher Toxizitätsbestimmungen in Anbetracht der hohen und wechselnden Eigengiftigkeit von Normalserum aufmerksam. Auf die lesenswerten anschließenden Auseinandersetzungen über Zusammenhänge mit den sog. Eiweißzerfallsvergiftungen einzugehen, ist hier nicht der Platz. *F. Georgi* (Breslau).

Kopeloff, Nicholas, M. P. Lonergan and P. Beerman: Lactobacillus acidophilus in epilepsy. (Lactobacillus acidophilus bei Epilepsie.) (*Psychiatr. inst. a. Manhattan state hosp., Ward's Island.*) Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. **23**, Nr. 1, S. 25. 1925.

Kurze Mitteilung über therapeutische Erfolge nach täglich fortgesetzten Milchgaben, die L. acidophilus (keine Mengenangabe) enthielten. Von 12 Patienten soll bei 5 eine auffallende Reduktion der Anfallsfolge, die nach Gaben sterilisierter Milch nicht erfolgte, eingesetzt haben; ein Fall wird berichtet, der bei 122 Krämpfen in 23 Tagen nach anschließender Behandlung nur noch 5 Anfälle im Monat hatte. *F. Georgi* (Breslau).

Gareiso, Aquiles: Über die Häufigkeit der Erblues bei der kindlichen Epilepsie. Arch. latino-americ. de pediatria Bd. **19**, Nr. 7, S. 932—939. 1925. (Spanisch.)

Verf. bringt 12 Krankengeschichten von an epileptischen Anfällen leidenden Kindern, deren Epilepsie auf hereditäre Lues zurückgeführt werden konnte. Nach Quecksilberbehandlung hörten die Anfälle auf. In all den Fällen von Epilepsie, deren Ätiologie unklar ist, und in denen ein mehr oder weniger starker Verdacht auf hereditäre Lues vorliegt, sollte man, besonders wenn die Brombehandlung versagt, eine antiluetische Behandlung einleiten. Daneben kann man zweckmäßig noch Brom geben. Vor einem allzu großen Optimismus ist aber zu warnen, denn in den Fällen, in denen es bereits zu einer erheblichen Organschädigung gekommen ist, wird auch diese Behandlung versagen. *Ganter* (Wormditt).

Janota, Otakar: Hervorrufung von Krämpfen durch tiefes Atmen. Časopis lékařů českých Jg. **65**, Nr. 48, S. 1717—1722. 1925. (Tschechisch.)

Angeregt durch die Untersuchungen Foersters und anderer Autoren, hat Verf. den Versuch gemacht, bei einer größeren Anzahl von Patienten durch fortgesetzte tiefe Atmung, die bei den einzelnen Fällen auf 20—60 Min. ausgedehnt wurde, epileptische

Digitized by Google

resp. hysterische Anfälle hervorzurufen. Von den 62 diesem Versuche unterworfenen Patienten waren 51 Epileptiker der verschiedensten Formen. Nur bei 2 von ihnen, die aber nur oberflächlich atmeten, gelang es, epileptische Anfälle hervorzurufen. Da diese Patienten in der Versuchszeit auch spontane Anfälle hatten und die letzteren außerdem bei Wiederholung des Versuches nicht wieder zu erzielen waren, hält der Autor dies für einen Zufallsbefund. Auch Symptome von Tetanie konnten nicht beobachtet werden, dagegen traten bei 2 Epileptikern und einem Hysteriker hysterische Anfälle auf. Die Begleiterscheinungen der tiefen Atmung (Gefühl der allgemeinen Schwäche, Schläfrigkeit, Herabsetzung der Aufmerksamkeit usw.) zeigten sich in ähnlicher Weise bei den Epileptikern wie bei den Fällen von Hysterie, Schizophrenie, Alkoholismus und den normalen Individuen. Die nach einigen Minuten tiefer Atmung vorgenommene elektrische Untersuchung (galvanischer Strom, Kondensatorapparat) ergab bei manchen eine Erhöhung, bei andern wieder eine Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit. Verf. glaubt, daß die Hyperpnoe kein verläßliches Mittel sei, um bei Fällen von genuiner oder Myoklonusepilepsie epileptische Anfälle hervorzurufen, während ihm die Befunde bei der Jacksonepilepsie nach den Berichten anderer Autoren in dieser Hinsicht günstiger zu liegen scheinen. Dagegen gelingt es manchmal, aber keineswegs regelmäßig, durch Hyperpnoe hysterische Anfälle und andere hysterische Symptome hervorzurufen, bei deren Entstehung das wichtigste Moment die Autosuggestion zu sein scheint. *Hans Zweig* (Brünn).

Redlich, Emil: Zum Kapitel Migräne und Epilepsie. (*Nervenheilanst. Maria Theresien-Schlössel, Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 1, S. 21—25. 1926.

Redlich weist zunächst auf die Beziehungen zwischen Migräne und Epilepsie hin, für die er Zufälligkeiten ausschließt, vielmehr, und dies im Gegensatz zu Ausführungen der letzten Jahre von Fr. Schultze, Christiansen und Vallery-Rodat eine gewisse pathogenetische Verwandtschaft voraussetzt, die uns freilich im wesentlichen noch unklar ist. R. hat in Kassel Epilepsie und Migräne unter die Neuropathien organischen Gepräges eingereiht, weil bei beiden die Symptome organisches, cerebrales Gepräge haben, beide übrigens auch nur Symptom einer organischen Hirnaffektion sein können. In dieser Hinsicht könnte zur Erklärung der Beziehungen zwischen Epilepsie und Migräne auf L. R. Müller und Greving rekurriert werden, die nahe lokalisatorische Beziehungen zwischen beiden Anfällen voraussetzen, oder auf Richter, der das Gemeinsame in Gefäßkrämpfen, freilich verschiedener Lokalisation, sieht. Nach R. geben aber beide Anschauungen keine wirkliche Erklärung.

Im Anschluß daran gibt R. die Krankengeschichte einer 23jährigen Patientin ohne Epilepsie- oder Migränebelastung, bei der im 21. Jahre ein Migräneanfall mit Flimmerskotom auftrat, der in einen epileptischen Anfall überging. Seitdem besteht dauernd homonyme bilaterale linksseitige Hemianopsie. In der Folgezeit noch 2 gleiche Anfälle, außerdem Anfälle von Migräne mit Flimmerskotom und solche psychischer Epilepsie. Patientin ist das Kind eines Tabikers; R. setzt trotz negativen Blut- und Liquorbefundes (nur Goldsolzacke) nebst anderen Veränderungen eine luetische Endarteriitis voraus, die zu den optischen Erscheinungen, speziell der dauernden Hemianopsie und andererseits zum Auftreten von Epilepsie- und Migräneanfällen geführt haben. Ähnliche Erwägungen dürften für einen Teil der Fälle von Migräne mit assoziierten Ausfallerscheinungen (Hemiplegie, Aphasie usw.) gelten. Freilich bleiben trotzdem die näheren Beziehungen zwischen Epilepsie und Migräne in vieler Richtung noch unklar. *E. Redlich* (Wien).

Smith, N. R.: Will sterilization decrease epilepsy? (Kann Sterilisation die Zahl der Epilepsiefälle verringern?) (*Clin. f. neurol., univ.-hosp., Ann Arbor, Mich.*) Journ. of the Michigan state med. soc. Bd. **24**, Nr. 9, S. 478—479. 1925.

Der Versuch, in manchen amerikanischen Staaten die Sterilisation Epileptischer gesetzlich zu regeln oder ein Eheverbot durchzuführen, veranlaßte den Verf., an großem Material die voraussichtlichen Ergebnisse eines derartigen Vorgehens zu ermitteln. Es zeigte sich, daß bei 607 in einem Zeitraum von 6 Jahren untersuchten Fällen von sicherer Epilepsie nur in 15 Fällen entweder der Vater oder die Mutter, in einem Falle beide Eltern Epileptiker waren. Eine Anzahl weiterer Beobachtungen wurde nicht

Digitized by Google

bewertet, weil die einwandfreie Erhebung der Familiengeschichte aus irgendwelchen Gründen nicht möglich war. Die Sterilisation würde also nach den vorliegenden Feststellungen die Zahl der Epilepsiefälle nur um 2,4% vermindern. Ein Eingriff von derart fundamentaler Bedeutung, wie ihn die Sterilisation darstellt, erscheint daher angesichts der zu erwartenden unbefriedigenden Erfolge nicht gerechtfertigt. *Taterka.*

Idiotie und Imbezillität, tuberöse Sklerose:

Moses, J.: Die sittlichen und sozialen Auswirkungen des jugendlichen Schwachsinns in der Gesellschaft. Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. **31**, H. 1/2, S. 149—162. 1925.

Die Ausführungen des Verf. gründen sich auf die Untersuchung von 150 Schwachsinnigen; von 100 Untersuchten einer Beratungsstelle des Jugendamtes waren 33 schwachsinnig; unter den Abnormen betrug der Anteil der Schwachsinnigen 44%. Die Schwachsinnigen sind an Eigentumsvergehen und Sexualvergehen häufiger beteiligt als die anderen. Aus der Art des Vergehens und seiner Ausführung kann nur in den seltensten Fällen die seelische Abartung des Handelnden erschlossen werden. Nicht die Störung des Intellekts, sondern die minderwertige Organisierung der Gesamtpersönlichkeit bildet die Grundlage der sittlichen und sozialen Abwegigkeiten. So sind antisoziale Verhaltungsweisen bei der auf dem Boden der erblichen Belastung erwachsenden Debilität häufiger als bei tiefen Schwachsinnsformen, die vielfach auf Früherkrankungen des Gehirns beruhen. Immerhin wirkt die intellektuelle Unterwertigkeit bremsend auf die Entwicklung von Unterordnung und Einfühlung. Besonders die erethische Form des Schwachsinns veranlagt zu antisozialer Entgleisung, torpide Schwachsinnige werden weniger leicht kriminell. Auch bei den Schwachsinnigen kann man zyklothyme und schizothyme Typen unterscheiden. Eine große Schwierigkeit steht dem Versuch entgegen, den Anteil des Milieus an den asozialen Verhaltungsweisen der Schwachsinnigen festzustellen: Ungünstige familiäre Verhältnisse, die Anforderungen der Schule, soweit es sich nicht um Sonderschulen handelt, das Arbeitsmilieu, Klasseneinflüsse können von großer Bedeutung sein. *Schob* (Dresden).

Spuffard-Morgan, Barbara: Geistig und körperlich behinderte Kinder in den Vereinigten Staaten von Nord-Amerika. Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. **31**, H. 1/2, S. 95—110. 1925.

Die Erziehung der Schwachsinnigen erfolgt teils in Schulen, teils in Erziehungsheimen. In New York hat man keine Zentralschule, sondern gliedert den öffentlichen Schulen Sonderklassen („ungraded classes") an. Der Inspektorin der Sonderklassen sind 5 Psychologen und 2 Ärzte beigegeben. Die Fürsorgeheime beherbergen gewöhnlich die tieferen Grade. Kolonien stehen in der Mitte zwischen Schule und Försorgeheim. Für Schulschwänzer bestehen z. Z. in 23 Städten Disziplinarschulen und Sonderklassen. Den Jugendgerichten sind Psychologen beigegeben. Für psychopathische Kinder hat New York einige Sammelklassen eingerichtet, eine davon als Versuchsanstalt ist einem Hospital angegliedert. Eine private Organisation, der „Gemeinwohlfundus" (Commonwelthfund), hat ein besonders großzügiges Programm für die Verhütung von Verbrechen aufgestellt. Zahlreiche Bestrebungen richten sich auf die Bekämpfung von Fehlern des Temperaments, z. B. „Gewohnheitskliniken" (habit-clinics), Beratungsstellen, Klinikabteilungen, ambulante Kliniken. Krüppelfürsorge: Zur Zeit bevorzugt man Schulen, die Erziehung und medizinische Behandlung zugleich gewähren; die Kinder werden teilweise auf besonderen Schulomnibussen befördert. Daneben bestehen Fürsorgeheime. Auch private Organisationen leisten wertvolle Arbeit. Da der Krüppel nur als gelernter Arbeiter sich erhalten kann, soll ihm eine möglichst gute Berufsausbildung gewährt werden. Taubstumme: Hier legt man Wert darauf, die Kinder in besonderen Schulen und weniger in Anstalten zu fördern. Blinde: 207 Klassen etwa bezwecken Erhaltung der Sehkraft (Arbeitsmethoden, bei denen die Augen geschont werden). Neben Schulen und Fürsorgeheimen sind hier besonders die Erziehungslandhäuser für Blinde hervorzuheben. Zahlreiche private Organisationen und staatliche Blindenkommissionen arbeiten Hand in Hand. — Lehrer abnormer Kinder erhalten besondere Ausbildung in Kursen, die teilweise an Universitäten abgehalten werden, und werden besser bezahlt. *Schob* (Dresden).

Benedek, Ladislaus, und Karl Csörsz: Bei Idiotismus beobachtete Acanthosis nigricans. (*Klin. f. Psychiatrie u. Nervenheilk., Univ. Debrecen.*) Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. **44**, H. 2/3, S. 291—298. 1925.

Die Acanthosis nigricans, gekennzeichnet durch ichthyosis- und kondylomartige Hyper-

Digitized by Google

trophie der Horn- und Papillarschicht der Epidermis und durch abnormale Pigmentablagerung, wodurch die veränderte Haut keulenartig sich erhebende kleine Gebilde von dunkelbrauner Farbe zeigt, ist sehr selten (51 Fälle im Jahre 1908 nach Bogrov); sie wurde beobachtet bei Schwachsinn (H. Goldblatt, Filser; Parhon - Dan fanden bei angeborenem Schwachsinn Ichthyosis) und hier in einem mit Epilepsie kombinierten Fall von Idiotismus, der klinisch sonst keine Besonderheiten bietet; die Hauterkrankung wird angesehen als wahrscheinliche Folge von innersekretorischen Funktionsstörungen. Hinweis auf bekannte Zusammenhänge zwischen Entwickelungsstörungen des Nervensystems und innersekretorischen Störungen (Spasmophilie, Epilepsie, Schwachsinn). *G. Stiefler* (Linz).

Progressive Paralyse, syphilitische Geistesstörungen, Trypanosomenkrankheiten:

Steiner, G.: Zur Pathogenese der progressiven Paralyse. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 74, H. 2/4, S. 457—498. 1925.

Die Arbeit von Steiner bringt eine zusammenfassende Betrachtung des Problems der Pathogenese der progressiven Paralyse. In den ersten 3 Abschnitten werden die Abwehrverhältnisse von Hirn und Haut sowie die Beziehungen zwischen Hirn und Haut besprochen. Die Organimmunität des Gehirns bei Recurrens wie auch bei der Syphilis ist die denkbar schwächste, wobei freilich vorläufig noch dahingestellt bleibt, ob es sich nur um eine äußerst schwache Eigenproduktion von Immunstoffen oder um eine eigenartige Grenzsperre für im Blut zirkulierende Abwehrstoffe handelt. Dagegen muß, zum mindesten bei der Paralyse, eine außerordentlich starke Hautimmunität angenommen werden. Wenn die von der Haut ins Blut tretenden Abwehrstoffe nicht an die im Rindengrau sitzenden Spirochäten gelangen, so könnte das daran liegen, daß die Abwehrstoffe durch das Rindengrau, insbesondere durch die Nervenzellen, so stark absorbiert werden, daß sie nicht mehr genügend auf die Spirochäten wirken können. Die Tatsache, daß nicht alle Syphilitiker, Paralytiker oder Tabiker werden, könnte vielleicht durch eine besondere angeborene oder erworbene Verschiebung des Antagonismus zwischen Haut und Hirn erklärt werden. Die starke Hautimmunität des Paralytikers ist noch unerklärt, sie bildet ein Hindernis gegen die Annahme einer unterdurchschnittlichen Abwehrstärke der Haut des Paralysekandidaten. Der ursächliche Zusammenhang zwischen „mildem" Verlauf der Syphilis und der progressiven Paralyse ist noch hypothetisch. Die Annahme einer besonderen konstitutionellen Veranlagung zu Tabes und Paralyse hat wenig Wahrscheinlichkeit für sich. Im 4. Kapitel behandelt St. die Beeinflussung der Infektion durch die Therapie. Er kommt hier zu dem Schlusse, daß bei abgeschwächter Infektion die Bildung von Abwehrkörpern durch die Haut eine geringere ist. Es hat den Anschein, als wenn durch die Therapie und vor allem durch die Salvarsantherapie eine Abschwächung der Abwehrreaktion des Körpers bei der Syphilis stattfände, daneben aber auch eine Abschwächung und Verlängerung des Infektionsverlaufes. Wenn wirklich das Salvarsan die Immunitätsvorgänge ändert, dann muß bei den stark salvarsanbehandelten Fällen Paralyse und Tabes gehäuft und die Inkubationszeit verkürzt sein. Die Abschwächung der Abwehrstoffproduktion ermöglicht die Resistenz und Fortpflanzung der Keime in an und für sich abwehrschwachen Organen. Wenn eine stärkere Ausschwemmung der Abwehrstoffe aus abwehrstarken Gebieten in das abwehrschwache Gehirn erreicht würde, wäre viel für die Therapie der Paralyse gewonnen: vielleicht beruhen die günstigen Wirkungen der Malaria- und Recurrenstherapie auf diesem Faktor. Das 5. Kapitel befaßt sich mit der Variabilität des Erregers. Das Vorhandensein besonderer, neurotroper Pallidastämme ist nicht wahrscheinlich. Es hat den Anschein, als ob durch Salvarsanunterbehandlung abgeschwächte Erregervarianten herausgezüchtet worden seien, die eine eigentliche Neurotropie und auch eine gewisse Festigkeit erkennen lassen. Es wäre auch möglich, daß eine Gewöhnung der Pallida an das Nervensystem zur Herauszüchtung einer besonderen neurotropen Variante Anlaß gibt. Bei einer stark mit Syphilis durchseuchten Bevölkerung könnte bei vielen Individuen eine Art partieller Immunisierung z. Zt. der Neuinfektion vorliegen; die Pallida betritt also keinen frischen Boden mehr. Es könnte auch auf diese

Digitized by Google

Weise zur Ausbildung von Varianten kommen, die in Beziehung zur Häufung von Tabes und Paralyse ständen. *Schob* (Dresden).

Daraszkiewicz, L.: Zum Rätsel der Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 83, H. 1/2, S. 53—56. 1925.

Daraszkiewicz stellt die Theorie auf: „Die Syphilis führt nicht zur Paralyse, solange das betreffende Menschenmaterial nicht mit Kuhpocken durchseucht ist." Es sei kein bloßer Zufall, daß das erste Erscheinen der Paralyse mit der Zeit der Jennerschen Erfindung zusammenfalle. Die Kultur bedinge eine Änderung in der Verlaufsart der Syphilis infolge der Durchseuchung mit Kuhpocken. Eine von der Kultur so wenig beeinflußte Bevölkerung wie die Indianer in Nordamerika reagiere auf die luetische Infektion wie eine zivilisierte, nachdem der Impfzwang durchgeführt sei. D. stützt seine These auf folgende eigene Erfahrungen: Er habe noch keinen Paralytiker mit pockennarbigem Gesicht erlebt; andererseits habe er noch keinen Paralytiker ohne Impfnarben gefunden. Die Seltenheit der Frauenparalyse führt er auf die weniger strenge Anwendung des Impfzwanges und auf den Fortfall der Revaccination (Militär) zurück. Die fehlende Impfung bei den russischen „Altgläubigen" stimme mit dem Fehlen einer Paralyse bei diesen zusammen. Das Überstehen einer Variola vera bei ungeimpften Volksschichten gewähre einen absoluten Schutz gegenüber der Paralyse. (Kraepelin habe Ähnliches bezüglich ansteckender Krankheiten überhaupt früher schon geäußert.) D. hält es übrigens auch für möglich, daß der ungünstige Einfluß der Impfung nicht nur in der Verhinderung des durch die Variola vera gesetzten Schutzes liege, sondern auch darin, daß die Impfung aktiv einen günstigen Nährboden für die Fortentwicklung der syphilitischen Infektion zur Paralyse schaffe, oder daß eine Symbiose der Spirochäten mit dem Vaccinevirus entstehe, die den Charakter der Spirochäten ändere. Auch den milden Verlauf der Syphilis bringt D. mit der Impfung in Zusammenhang. *Hauptmann* (Freiburg i. Br.).

Ilberg, G.: Aus der Geschichte der Pocken und der Impfung. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 83, H. 1/2, S. 57—63. 1925.

Ilberg gibt eine historische Darstellung des Auftretens der Pocken und der Entwicklung der Schutzimpfung. Er sieht die Möglichkeit einer Erklärung für die Beobachtungen D.s (Paralytiker mit Impfnarben, vgl. vorst. Ref.) darin, daß in Rußland durch Impfung mit humaner Lymphe gleichzeitig die Syphilis übertragen worden sein könnte. *Hauptmann* (Freiburg i. Br.).

Einsiedel, v.: Bemerkungen zu dem Aufsatz von Dr. L. Daraszkiewicz (Winniza) „Zum Rätsel der Paralyse". Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 83, H. 1/2, S. 64—67. 1925.

v. Einsiedel glaubt nicht an die Schutzwirkung des Pockenfiebers, da nicht einmal das heftigere Malariafieber vor Paralyse schütze. Mit Gärtner ist er der Ansicht, daß eher die intensive Behandlung der Syphilis das Zustandekommen der Paralyse begünstige. *Hauptmann* (Freiburg i. Br.).

Kolb: Nil nocere! Bemerkungen zur Abhandlung Daraszkiewicz'. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 83, H. 1/2, S. 68—70. 1925.

Kolb hat unabhängig von Daraszkiewicz auch einen Zusammenhang der Paralyseentstehung mit der Impfung ventiliert und mit Kraepelin hierüber diskutiert. Experimentelle Untersuchungen an der Münchner Forschungsanstalt durch Plaut und Jahnel haben dies nicht bestätigen können. Kraepelin und Plaut fanden 1925, daß die geimpfte farbige Bevölkerung auf Cuba fast keine Paralysen habe. Auch in Britisch-Ostindien, wo bei rund 240 Millionen Bevölkerung jährlich etwa 8 bis 10 Millionen Menschen geimpft werden, fehle die Paralyse fast völlig. Da auch überall dort, wo die Pockenimpfung fehle, die moderne Behandlung der Syphilis noch nicht üblich sei, könne man das Ausbleiben der Paralyse auch hierauf zurückführen (Gärtner, jetzt auch Wilmanns). Er warnt vor einer Beschränkung des Impfschutzes.

Hauptmann (Freiburg i. Br.).

Digitized by Google

Wilmanns, Karl: Kritische Betrachtungen zum Aufsatz des Dr. Daraszkiewicz. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 83, H. 1/2, S. 71—72. 1925.

Wilmanns hält Daraszkiewicz entgegen, daß die Schutzwirkung einer Infektionskrankheit für die Entwicklung einer Paralyse aus einer später erfolgenden Syphilisinfektion nicht bekannt sei. Es sei auch nicht einleuchtend, weshalb die Impfung einen für die Paralyseentwicklung günstigen Boden schaffe, während das die Variola vera nicht tue. In gewissen Kantonen der Schweiz bestehe kein Impfzwang, ohne daß darum dort weniger Paralysen auftreten. Andererseits sei der Impfzwang in gewissen Teilen Javas seit Generationen eingeführt, und dort sei die Paralyse doch eine Seltenheit. W. tritt für seine Theorie der Paralyseentstehung (Behandlung der Syphilis) ein. *Hauptmann* (Freiburg i. Br.).

Kraepelin, E.: Bemerkung zu vorstehender Annahme des Dr. Daraszkiewicz. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 83, H. 1/2, S. 73. 1925.

Kraepelin weist auf eine Mitteilung von H. Salomon in Buenos Aires hin, der ebenfalls in der Impfung eine die Entwicklung der Paralyse begünstigende Allergieschwäche der Haut sieht. Er warnt vor leichtfertiger Zustimmung zu dieser Vermutung. *Hauptmann* (Freiburg i. Br.).

Nonne, M.: Kritische Überlegungen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 83, H. 1/2, S. 74—76. 1925.

Nonne führt folgende Gegenargumente an: Weshalb werden nur 6—10% der Luetiker paralytisch, da doch alle Menschen in Deutschland geimpft werden? Es müßte festgestellt werden, ob in England, wo der absolute Impfzwang nicht bestehe und wo seit 3 Jahren Pocken vorkommen, weniger Paralysen zu finden sind. Das gleiche gelte für einige Kantone der Schweiz. In Schweden und Norwegen sei der Prozentsatz der Paralytiker trotz Fehlens obligatorischer Impfung nicht kleiner. In Frankreich, wo umgekehrt besonders strenge Impfvorschriften bestehen, sei der Prozentsatz an Paralyse nicht höher. N. weist dann noch auf eine Arbeit von Jeltschinsky aus dem Jahre 1860 hin, der beobachtet haben will, daß die Pockenimpfung die Syphilis nicht nur heile, sondern auch prophylaktisch wirke. *Hauptmann* (Freiburg i. Br.).

Galewsky: Bemerkungen zur Arbeit von Daraszkiewicz. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 83, H. 1/2, S. 77—78. 1925.

Galewsky führt aus: Bosnien war bis 1887 ohne Impfung. Seit ihrer Einführung hat die Paralyse nicht zugenommen. G. tritt im übrigen den Ausführungen v. Einsiedels (siehe oben) über die Provokation der Paralyse durch die moderne Behandlung der Syphilis entgegen, weil hieraus die Behandlungsgegner Kapital schlagen könnten. (Wenn er übrigens als Gegenargument anführt, daß die Paralyse hauptsächlich bei unbehandelten oder schlecht behandelten Syphilitikern auftrete, so scheint er nach Ansicht des Ref. die modernen Theorien über die Entstehung der Paralyse mißzuverstehen, da ja die Spirochäte als solche durch die Behandlung eine Umwandlung erfahren haben soll, es also nicht auf die Behandlung des mit solchen Spirochäten schon Infizierten für das Entstehen der Paralyse ankommt.) *Hauptmann.*

Albrecht, P.: Paralysefragen. (*Prov.-Heilanst., Uckermünde.*) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 83, H. 3/4, S. 141—155. 1926.

Den Verf. führen statistische Erhebungen über die Paralyse an der Heil- und Pflegeanstalt Uckermünde zu dem Resultat, daß die Paralysezahl in der Kriegszeit (1917) einen nicht unerheblichen Anstieg erkennen läßt, daß sich jetzt wieder Vorkriegsverhältnisse finden. Die Inkubationsdauer der Paralyse hat sich trotz Salvarsan nicht merklich geändert, die dementen Formen sind auf Kosten der expansiven erheblich häufiger geworden, die Dauer der Erkrankung hat sich eher verkürzt, so daß man gewiß nicht von einem Harmloserwerden der Paralyse reden kann. *Ewald* (Erlangen).

D'Hollander et Rubbens: Paralysie générale et gommes miliaires. Contribution à l'étude histopathologique de la P. C. et de la syphilis cérébrale. (Progressive Paralyse und miliare Gummen. Beitrag zur Histopathologie der pr. P. und der Hirnsyphilis.) Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique Bd. 5, Nr. 2, S. 60—65. 1925.

40jährige ♀ mit rapide verlaufener Paralyse nach einem Anfall zur klinischen Aufnahme gekommen. Histologisch ergibt sich ein recht akuter Entzündungs- und Degenerations-

Digitized by Google

prozeß, weitverbreitete Endothel- und Adventitiazellwucherung, Plasmazellen mit kolloider Degeneration und Maulbeerformen und vor allem als spezifisch angesprochene Prozesse, nämlich periarterielle Lymphocytenmäntel, ferner „Arteriitis gummosa" (adventitielle Zellproliferationen, in 1 Fall mit einem Nekroseherd) und anschließend aus dieser hervorgehende „miliare Gummen" in der Rinde, bestehend aus umschriebenen Wucherungen von Spindelzellen (Gefäßwandzellen), Lymphocyten und Plasmazellen, besonders Maulbeerzellen, einmal starke Bindegewebswucherung, keine Riesenzellen, keine Nekrose. Die Berechtigung, hier von Gummen zu sprechen, könnte man bezweifeln. Verff. stellen ihren Fall den „Anfallsparalysen" Jakobs an die Seite. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Nyssen, R.: A propos de l'inoculation de la malaria par voie endoveineuse. (Zur intravenösen Malariaimpfung.) Journ. de neurol. et de psychiatr. Jg. 25, Nr. 9, S. 569-573. 1925.

Es wird an Hand eigener Versuchsreihen gezeigt, daß die durchschnittliche Incubationszeit bei der Impfmalaria durch intravenöse Impfung von 11,4 Tagen (bei subcutaner Applikation) auf 7 Tage herabgesetzt wird. Der intravenösen Methode gebührt der Vorzug. Im übrigen Erörterung der bekannten individuellen Schwankungen der Incubationszeit. *A. Meyer* (Bonn).

Duchateau et Paul Verstraeten: Les injections intraveineuses de Bi dans la paralysie générale. (Die intravenösen Wismuthinjektionen bei der progressiven Paralyse.) Journ. de neurol. et de psychiatr. Jg. 25, Nr. 9, S. 567—568. 1925.

Nach intravenöser Injektion von 0,072 g Wismut plötzlicher Tod zweier Paralytiker. Warnung vor der intravenösen Applikation. *A. Meyer* (Bonn).

Schizophrenie:

Schneider, Kurt: Wesen und Erfassung des Schizophrenen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 99, H. 3/4, S. 542—547. 1925.

Vom Standpunkt einer pragmatistischen klinischen Psychiatrie, die nur Typen kennt, erscheint es zweckmäßig, von der Schizophrenie als Struktur wieder zur Prozeßschizophrenie (Verlaufsschizophrenie) zurückzukehren und in ihrem Rahmen, ebenfalls als Typen, zahlreiche und sicher noch vermehrbare Unterformen stehen zu lassen. Prozesse lassen sich zwar in seltenen Fällen aus gewissen Erlebnissen, aber weder aus der Struktur, noch aus dem Ausdruck, noch aus der Beziehung sicher erfassen. Die klinisch brauchbarste Methode ist die Erfassung aus dem Verlauf. Daß auch sie im Einzelfalle versagen kann, liegt an der Typenhaftigkeit aller psychopathologischen Abgrenzungen. *Kretschmer* (Tübingen).

Carp, E. A. D. E.: Über die Verarbeitung eines aktuellen Konfliktes in dem Inhalt einer schizophrenen Psychose. (*Psychiatr. klin. v. prof. Jelgersma, Leiden.*) Psychiatr. en neurol. bladen Jg. 1925, Nr. 5, S. 255—267. 1925. (Holländisch.)

Analyse einer schizophrenen Prozeßpsychose. In den ausführlich in Worten des Patienten wiedergegebenen Wahnerlebnissen weist Verf. die Wirkungen eines aktuellen Impotenzkomplexes nach. Dieser Komplex hat bei dem Patienten den infantilen Kastrationskomplex reaktiviert. Es ist Verf. weitgehend gelungen, aus diesem Komplex die meisten Erlebnisse ohne allzu viele Deutungsversuche verständlich zu machen. Es ist nicht möglich, die aufgedeckten Zusammenhänge im kurzen Referat zu beschreiben. Der Rat des Verf., vorläufig nur die zentralen Erlebnisse in den Psychosen psychoanalytisch zu durchforschen, und sich nicht in zahllose Einzelheiten zu verlieren, scheint mir sehr beachtenswert. *H. C. Rümke.*

Minkowski, E.: Les regrets morbides. (Contribution à l'étude des attitudes schizophréniques.) (Das krankhafte Bedauern. [Ein Beitrag zur Frage der schizophrenen Haltungen.]) Ann. méd.-psychol. Jg. 83, Bd. 2, Nr. 4, S. 344—364. 1925.

Der Verf. geht von einigen neueren Arbeiten französischer Psychiater und von eigenen früheren Mitteilungen aus, welche neben den von Bleuler aufgestellten Grundsymptomen der Schizophrenie bestimmte seelische Haltungen (attitudes) als beherrschende, einzige Form beschreiben, in welcher der Kranke noch mit der Realität in Beziehung zu treten vermag. Es handelt sich um recht verschiedenartige, mehr affektive oder mehr intellektuelle Gesamteinstellungen, mit deren Farbe der Kranke alles, was von außen oder aus der Erinnerung an Gegenständlichem an ihn herantritt, gleichsam übergießt: zu der früher beschriebenen „pathologischen Träumerei", dem pathologischen „Schmollen", der „Rationalisierung", der „Fragesucht", dem „Überwuchern

Digitized by Google

statischer und geometrischer Gegebenheiten" fügt Minkowski hier einen Fall, bei dem „Bedauern und Bereuen" in pathologischerweise überwuchert und unterschiedlos auf alles, was auftaucht, ausgegossen wird. Man kommt mit der Patientin nur in einen annähernd natürlichen Kontakt, wenn man auf diesen ihren Tonfall eingeht. Alles, was sich nicht in diese Gesamteinstellung einfügt, fließt eindruckslos an ihr ab. (Der Ref. hat in einem Vortrag auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Jena 1923 [vgl. dies. Zentrlbl. 35, 151] die gleichen Beobachtungen an schizophrenen Endzuständen als eine Verarmung an intentionalen Akten mit isoliertem Bestehenbleiben beherrschender Einzelakte gekennzeichnet. Nicht durch eine Beschreibung der einzelnen attitudes, deren Reihe sich noch erheblich vermehren ließe, wird das Wesentliche dieses Symptoms erschöpft; denn es gibt keine menschliche Gesamthaltung, die nicht einmal in solcher Art zur „psychischen Stereotypie" werden könnte. Sondern der Umstand, daß neben dieser einen ideoaffektiven Funktionsweise alle anderen ungangbar werden, ist charakteristisch und erweckt den Eindruck der „affektiven Verblödung". Ref. ist mit M. der Ansicht, daß Komplexe im Sinne Bleulers bei dieser Aktverarmung nur eine belanglose oder gar keine Rolle spielen.) *W. Mayer-Groß* (Heidelberg).

Schmidt, K.: Klinische Erfahrungen mit der „Somnifendauernarkose" bei schizophrenen Erkrankungen. (*Heil- u. Pflegeanst. Sachsenberg bei Schwerin i. M.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 5, S. 783—791. 1925.

Therapeutische Erfolge wurden nicht erzielt, wohl aber bringt die Verwendung des Mittels die Gefahr ernster Komplikationen, unter Umständen auch Todesfälle mit sich. In der Form der Dauernarkose ist daher das Somnifen als gefährlich abzulehnen, dagegen scheint es als Sedativum und Schlafmittel verwendbar zu sein. Oral hat es bei den verschiedenen Formen von Schlaflosigkeit, subcutan oder intramuskulär bei psychomotorischen Aufregungszuständen gute Wirkung gehabt. Intravenös war beim Status epilepticus eine fast schlagartig einsetzende Beruhigung erzielt worden. *Bostroem.*

Psychosen bei Allgemeinerkrankungen. Infektions- und Intoxikationspsychosen, Alkoholfrage:

Lier, Joh. L. van: Psychose und Herz: Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 2. Hälfte, Nr. 24, S. 2661—2667. 1925. (Holländisch.)

Verf. bringt die Krankengeschichten von 5 Frauen, die an depressiven Zuständen und Kompensationsstörungen des Herzens litten. Er nimmt folgende Möglichkeiten an: 1. Die Psychose ist der ursprüngliche Zustand, zu dem dann eine Herzaffektion hinzutritt. Auf dieser letzteren beruhen die Reizbarkeit, Heftigkeit, Unruhe und Angst. Entsprechend gerichtete Wahnideen können entstehen oder werden, wo sie schon vorhanden sind, durch die Herzerkrankung verschlimmert. 2. Es besteht bereits eine Herzerkrankung, wenn die Psychose ausbricht. Hierbei sind 2 Richtungen gegeben: Bekommt ein Herzkranker eine Dementia paralytica, dann färbt die Herzkrankheit auf die Psychose ab. Oder: Besitzt ein Herzkranker oder bekommt er ein psychisch labiles Gleichgewicht, so reagiert er auf die Herzkrankheit in einer ihm eigentümlichen Weise; die Psychose oder Neurose wird durch das Herzgebrechen in eine bestimmte Richtung gelenkt. Daß die Herzerkrankungen bei Psychosen eine nicht geringe Rolle spielen, geht aus einer Statistik der Provinzialirrenanstalt bei Santpoort hervor. Unter 265 Sektionen wurden in 90 Fällen = 30% makroskopisch sichtbare Herzveränderungen gefunden. Das mahnt zu klinisch genauen Untersuchungen. In den vom Verf. geschilderten Fällen konnte er durch Verordnung von Digitalis eine erhebliche Besserung der psychischen Symptome erzielen. *Ganter* (Wormditt).

Brokowski, Stefan: Der Alkoholismus unter den Kindern der Volksschulen in Wilna. Arch. hig. Bd. 1, H. 2, S. 149—162. 1925. (Polnisch.)

Der Verf. hat eine Umfrage betr. den Alkoholgebrauch bei Schulkindern an die Volksschulen in Wilna gerichtet. Es kamen in Betracht 52 Schulen. Die Fragebogen enthielten folgende Fragen: 1. Zahl der anwesenden Kinder; 2. Anzahl der Kinder, die den Geschmack des Alkohols (Schnaps) kennen; 3. Anzahl der Kinder, die täglich trinken; 4. Anzahl der Kinder, die einmal wöchentlich, und 5. die ab und zu trinken; 6. Anzahl der Kinder, die selbst den Alkohol kaufen, sowie 7. diejenigen, die den Alkohol von ihren Eltern erhalten.

Digitized by Google

Das Ergebnis ist ein recht trauriges. Von 9949 Schulkindern (Alter 7—19 Jahre) kannten 86,2% bereits den Geschmack des Alkohols; der Zustand des Alkoholrausches war 23,5% der Kinder bekannt. 2,4% der Schulkinder tranken täglich; 9,2% einmal in der Woche; 52,1% nur ab und zu. Schüler, die den Alkohol selbst kauften, machten 22% aller Schulkinder aus. 51,2% der Kinder bekamen ihn von ihren Eltern. 16,6% der Kinder machten ungenügende Fortschritte. Vergleicht man die Angaben über den Alkoholgebrauch seitens der männlichen und der weiblichen Schuljugend, so ergibt sich, daß auch die Mädchen den Alkoholgenuß kennen. Zwar ist die Zahl der Mädchen geringer als die der Knaben (von Mädchen sind es 55,4%, die gelegentlich oder öfter trinken, während die Knaben in 75% der befragten Kinder trinken). Interessant ist die Zusammenstellung der Zahlen im Verhältnis zum Alter der Schulkinder. Je jünger die Kinder sind, um so höher ist die Prozentzahl derjenigen, die täglich oder einmal wöchentlich trinken (Kinder zwischen 7—12 Jahren). Das gelegentliche, unregelmäßige Trinken dagegen nimmt mit dem Alter zu. — Umfragen, die von anderer Seite bereits früher in den Volksschulen in Warschau und in Lodz gemacht wurden, zeigten gleichfalls einen hohen Prozentsatz Schulkinder, die sich dem Alkoholgenuß ergeben.

Der Verf. verlangt eine systematische Bekämpfung des Alkoholismus und gesetzliche Maßnahmen, welche die dazu nötigen Mittel sicherstellen würden. Der Vorschlag des Verf. basiert auf dem sog. Gotenburgschen System, das Ende des 19. Jahrhunderts in Schweden angewandt wurde und den größten Erfolg in Finnland zeitigte.

St. Lichtenstein (Berlin).°°

Wulfften-Palthe, P. M. van: Über Alkoholintoxikation. Neurotherapie. Bijblad d. psychiatr. en neurol. bladen Jg. 1925, Nr. 6, S. 101—119. 1925. (Holländisch.)

Die Ähnlichkeit der Alkoholvergiftung mit Folgezuständen der Sauerstoffverarmung, wie sie bei Fliegern und im Unterdruckcaisson beobachtet wird, hat Verf. veranlaßt, Versuche darüber anzustellen, ob Sauerstoffzufuhr die Alkoholvergiftung behebt. Er hat Kaninchen und Menschen unter Alkoholwirkung gestellt, hat bei ersteren die Stellreflexe, bei letzteren die Aufmerksamkeitskonzentration geprüft und ist zu dem Ergebnis gekommen, daß Sauerstoffinhalationen eine deutliche Verminderung der Intoxikationserscheinungen zur Folge haben. Auch bei Delirium tremens ist eine günstige Wirkung der Sauerstoffeinatmung beobachtet worden. Besonders gut wirkte die Beigabe von CO_2 zum Sauerstoff. Verf. führt dies auf die durch den Anreiz zu tieferem Atmen erzielte Erhöhung der Sauerstoffzufuhr zurück, nicht, wie Hunter und Muld es tun, auf die unmittelbare Auslüftung des in den Lungenalveolen ausgeschiedenen Alkohols.

Müller (Dösen).

Manisch-depressives Irresein:

Klemperer, Edith: Untersuchungen über den Stoffwechsel bei manischen und depressiven Zustandsbildern. I. Mitt. Die Hämoglykolyse. Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 44, H. 2/3, S. 229—246. 1925.

Zur Prüfung der Frage, ob bei Manisch-Depressiven Veränderungen der Ionenkonzentration vorliegen, wurde die Hämoglykolyse, d. h. die fermentative Fähigkeit des Blutes, in vitro Zucker abzubauen, untersucht. Darnach scheint bei manischer Stimmungslage und dementsprechender Hypermotilität eine Beschleunigung der Hämoglykolyse zu bestehen. Dabei fand sich stärkste Beschleunigung bei depressiven Zuständen mit Angstaffekt und schwerer motorischer Unruhe — weniger starke bei manischen Zuständen, zuerst leichte Beschleunigung mit nachfolgender vollständiger Hemmung oder von Anfang bestehende Hemmung fand sich bei depressiven Zuständen mit motorischer Hemmung. Weitere Blutanalysen ergaben eine Verminderung des Ca-Gehaltes bei Melancholien, eine leichte Erhöhung bei Angstmelancholien mit ausgesprochener Unruhe, ausgesprochene Erhöhung bei Manischen.

M. Meyer (Köppern i. Ts.).

Ewald, G.: Über die Motilitätspsychose. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 76, H. 2, S. 233—240. 1925.

Ewald äußert sich im Anschluß an die Monographie von Pohlisch, „Der hyperkinetische Symptomenkomplex und seine nosologische Stellung" ausführlich zur Frage der Motilitätspsychose. E. rechnet hyperkinetische Psychosen von einmaligem oder

Digitized by Google

rezidivierendem Auftreten, die völlig ausheilen, im Gegensatz zu Pohlisch dem manisch-depressiven Irresein zu. *Eugen Kahn* (München).

Degenerative psychopathische Zustände, Pathographien:

Tullio, Benigno di: Spunti sulla vita e sulla patologia sessuale nelle carceri. (Über das Geschlechtsleben und die Geschlechtspathologie in Gefängnissen.) Rass. di studi sessuali e di eugenica Jg. 5, H. 5, S. 176—188. 1925.

Anfänglich lebt der Gefangene ausschließlich in seinen Erinnerungen an die Geschlechtserlebnisse der Freiheit, später, wenn er sich über die neuen Eindrücke im Gefängnis beruhigt hat, treten diese Erinnerungen zurück, der Geschlechtstrieb erwacht wieder und äußert sich in verschiedenen, das Geschlechtsgebiet betreffenden Zeichnungen, mit welchen die Wände des Kerkers bedeckt werden. In dieser Zeit kommt es auch zur Masturbation. In der dritten Periode wird die Masturbation oft in krankhafter Weise betrieben, namentlich von willensschwachen Personen, oft in solchem Maße, daß sich verschiedene, die Hirn- und Herzfunktion betreffende neurasthenische Beschwerden einstellen. Schließlich kommt es auch zu päderastischen Akten, wobei Personen, welche homosexuell veranlagt sind, sich oft den übrigen zur Verfügung stellen. Es werden mehrere Beobachtungen mitgeteilt. Meist handelt es sich nicht um Invertierte, sondern um Pervertierte, bei welchen die äußeren Umstände zu homosexuellen Akten führen, während sich nach der Erlangung der Freiheit wieder die normale Sexualität geltend macht. *Haberda* (Wien).

Leyen, Ruth v. der: Erziehungsschwierigkeiten, Gefährdung und Verwahrlosung überempfindlicher psychopathischer Kinder und Jugendlicher. Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. 31, H. 1/2, S. 163—182. 1925.

An der Hand von 6 Krankengeschichten zeigt Verf., wie „überempfindliche" psychopathische Kinder und Jugendliche in Verwahrlosung und Kriminalität hineingleiten können, ohne daß ihre Veranlagung unbedingt zu einer aktiven Verwahrlosung hindrängt. Dieser Typus zeigt Überempfindlichkeit des Gefühlslebens, Neigung zu hysterischen Reaktionen, leichte Beeinflußbarkeit, er reagiert besonders stark auf Umweltseinflüsse und ist deshalb nach der guten wie schlechten Seite hin leicht zu beeinflussen. Gerade bei diesen Individuen ist in fürsorgerischer Hinsicht eine ständige Wachsamkeit und Beobachtung über die eigentliche Zeit des jugendlichen Alters hinaus erforderlich. *Schob* (Dresden).

Villinger, Werner: Über Onanie im Kindesalter. (*Univ.-Nervenklin., Tübingen.*) Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. 31, H. 1/2, S. 111—134. 1925.

Unter Onanie versteht Verf. jede von einem Individuum zum Zwecke und mit dem Erfolg sexuellen Lustgewinns herbeigeführte Genitalerregung, die mit geschlechtlicher Vereinigung und seelischer Verschmelzung mit einem Geschlechtspartner nicht einhergeht. Die weite Ausdehnung des sexuellen Libidobegriffes der Freudschen Schule wird abgelehnt. Erfahrungen über kindliche Onanie gewinnt man entweder durch unmittelbare Beobachtung masturbierender Kinder oder durch rückschauende Selbstbeobachtung bzw. Mitteilungen Dritter. Onanie im Säuglingsalter kommt vor, wenn auch nur vereinzelt; ursächlich stehen hier konstitutionelle Anomalien, Veränderungen innersekretorischer Drüsen (z. B. Epiphyse, Nebennieren) im Vordergrund. Über die Prognose ist nur wenig bekannt. Häufiger ist Onanie beim Kleinkind vom 2., besonders vom 4. Jahre aufwärts und beim Schulkind. Spontane Erektionen infolge Blasenüberfüllung gaben bisweilen den ersten Anlaß, unangebrachte Überzärtlichkeit der Erzieher, Angst- und Depressionszustände bei psychopathischen Kindern, depressive Affekte, konstitutionelle Anomalien sind weitere Momente, die zu Onanie führen; viele frühkindliche Onanisten des Verf. waren schwachsinnig oder psychopathisch. Eine besondere Erblichkeit der Onanie gibt es nicht. Wenn Daumenlutschen, Nägelkauen u. a. als Äquivalent der Onanie aufgefaßt worden sind, so ist das eine unbewiesene Behauptung. Die nachteilige Wirkung wird meist überschätzt; bisweilen entwickeln sich unter dem Einfluß der Onanie Minderwertigkeitsgefühle, namentlich dort, wo mit drakonischen Strafen oder Hinweisen auf spätere Gesundheitsschädigung und Sünde

Digitized by Google

gearbeitet wird. Als Vorbeugungs- und Behandlungsmittel führt Verf. an: Gewöhnung der Kinder an Nacktlaufen, sexuelle Aufklärung, Milieuwechsel, Zuspruch, Hypnose, körperliche und seelische Ablenkung. *Schob* (Dresden).

Nachmansohn, M.: Über chronische Masturbation. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 98, H. 1/2, S. 27—42. 1925.

Kritische Behandlung der Masturbationsfrage. Onanie ist die sexuelle Befriedigung ohne Geschlechtspartner, bewußt und absichtlich herbeigeführt, sei es durch mechanische Reize oder durch Phantasievorstellungen oder auch durch beides zusammen. Die unwillkürliche, unbewußte oder larvierte Onanie der psychoanalytischen Literatur gibt es danach nicht. Die zur Pubertätszeit verübte Onanie ist als physiologisch anzusprechen. Pathologisch ist die seltenere „chronische Onanie". Die psychopathische Konstitution ist die tiefste Ursache dieser. Zu dieser muß noch ein inhaltliches Agens kommen, das bewirkt, daß sich auf der psychopathischen Grundlage chronische Onanie entwickelt und festgehalten wird. Der wichtigste Grund ist der gesteigerte „Sexualwiderstand", die „Sexualscheu". Verf. fand bei seinen Fällen dabei stets eine starke Familienanhänglichkeit allgemein oder speziell eine besondere Liebe und Zärtlichkeit für ein weibliches Familienmitglied. In manchen Fällen scheint der Hypertrophie des Sexualwiderstandes eine übermäßige Entwicklung der „Inzestscheu" zugrunde zu liegen, die evtl. nicht nur auf Mutter und Schwester, sondern auf alle besseren Frauen ausgedehnt wird. Die Sexualität ist dabei oft übermäßig entwickelt. Als Ausweg wird zur Onanie gegriffen. Als weitere Ursache neben der Sexualscheu kommt evtl. das Bedürfnis nach Befriedigung perverser Triebe in Betracht. In den Onaniephantasien kehren perverse Vorstellungen mit großer Hartnäckigkeit wieder. Sie erklären das Festhalten an der Onanie trotz bester Verkehrsmöglichkeit. Die Phantasien besitzen infolge der großen Übung im Seelenleben der Onanisten einen viel größeren Realitätswert als in dem Normaler. Die Folgen der chronischen Onanie sind neben nervösen Störungen solche psychischer Natur: Verstimmungen, Selbstverachtung, hypochondrische Befürchtungen, Nachlaß der Leistungsfähigkeit. Nachlaß des Eifers auf den eigensten Gebieten u. a., falsche Einstellung zum Weibe (Zynismus oder ungesunde Verhimmelung des reinen Weibes mit praktischen Folgen für Verlobung und Eheschließung) sind bei den meist begabten Menschen nicht selten. Das Eheleben ist oft gefährdet, besonders bei den triebperversen Onanisten. Die chronische Onanie ist keine Volkskrankheit, die moderne Zeit mit ihrer größeren sexuellen Freiheit ist die Überwinderin der Masturbation. Die chronische Onanie ist ein undankbares Objekt psychotherapeutischer Beeinflussung. Gegen die von Rohleder empfohlenen Schreckmittel wird scharf Stellung genommen. Bloße Empfehlung des Sexualverkehrs und früher Heirat sind zwecklos. Die Überwindung der Sexualscheu, die Erzielung der „libidinösen Freiheit" (Freud), zu der innere Sicherheit, freie Selbstbeherrschung, durch keinen Emotionsstupor gehemmte geistige Elastizität gehören, gelingt am ehesten durch eine mit allem Ernst und Takt durchgeführte Psychoanalyse, die aber allein nie zum Ziel führt, und „die therapeutische Verwendung des Rhythmus". Letztere dient zur Entwicklung und Förderung der inneren Freiheit. Einführung des Tanzunterrichts in der Schule ist anzustreben und ermöglicht eine fachmäßige Überwachung der Annäherung der Geschlechter in manchen Fällen. Erst nach Erzielung der libidinösen Freiheit kann auch Abstinenz gefordert werden. Für Masturbationsfälle aus perversen Trieben ist Analyse in Verbindung mit Hypnose am aussichtsreichsten. *W. Runge* (Kiel).

Humbert: Manifestations psychopathiques et troubles de la nutrition chez les vieilles filles. Leur traitement opothérapique. (Psychopathische Erscheinungen und Ernährungsstörungen bei der „alten Jungfer" und ihre Organotherapie.) Bull. méd. Jg. 39, Nr. 43, S. 1144—1147. 1925.

Nach einleitenden Ausführungen über Psychologie und Physiologie der „alten Jungfer" beschäftigt sich Verf. mit der Organotherapie der durch das Zölibat entstandenen Beschwerden. In den Fällen, in denen diese nicht auf Ovarialstörung zurückzuführen sind, sucht der Verf. mit einem Testikelextrakt zu helfen. Er bezweckt damit nicht die Maskulinisation, weshalb

Digitized by Google

er es auch vermeidet, interstitielle Testikelzellen zuzuführen, sondern will vielmehr seinen Patienten nur den in den Samenzellen enthaltenen „spermatogenetischen Extrakt" zuführen, der diesen Frauen „den physiologischen Stimulus bringt, durch den ihr innerer Stoffwechsel normalisiert wird". Die Verabreichung von „Androstine"-Tabletten soll in seinen Fällen gut gewirkt haben. *Bluhm* (Berlin).

Vondráček, Vladimír: Fetischismus. Časopis lékařů českých Jg. 65, Nr. 47, S. 1682 bis 1688. 1925. (Tschechisch.)

Es wird vor allem der Begriff „Fetischismus" gegenüber anderen sexual-pathologischen Erscheinungen umgrenzt. Fetischismus ist nach Verf. keine alltägliche Beobachtung, sondern im Gegenteil eine sehr seltene, weshalb er sich berechtigt fühlt, einen von ihm beobachteten Fall mitzuteilen. Es ist dies ein Fall von Fetischismus mit masochistischem Einschlage und Neigung zum Transvestismus. Der Fall illustriert n. A. d. Verf. den Freudschen Satz, daß die Neurose das Negativ der Paraphilie darstellt, den Verf. jedoch nicht in vollem Maße akzeptiert. Nicht jede Neurose ist eine verdrängte Paraphilie, wohl aber erzeugt jede verdrängte Paraphilie eine Neurose.
O. Wiener (Prag).

Psychogene Psychosen, Hysterie, Kriegsneurosen:

● **Forel, O.-L.: La psychologie des névroses. 2. édit.** (Die Psychologie der Neurosen.) Genève: Librairie Kundig 1925. 258 S. Schweiz. Frcs. 4.—.

Die frische, das gesamte Material zusammenfassende Darstellung der Psychologie der Neurosen durch O. Forel unterscheidet sich in erfreulicher Weise von ähnlichen Schriften. Der Autor ist besonnen und kritisch bei der Auswahl der einzelnen Tatsachen, ohne Wesentliches zu übersehen. Dabei hält er sich frei von den jetzt in der Psychotherapie oft so beliebten komplizierten Schilderungen einfacher Tatbestände, die nur geeignet sind, den Sachverhalt zu verdunkeln. Gerade das erscheint besonders rühmenswert. Er übernimmt aus den verschiedenen Schulen das, was sich in der Wirklichkeit ohne komplizierte Deutung als wirksam bewährt hat. Nach kurzen psychologischen Vorbemerkungen wird zunächst die Frage des „Unbewußten" behandelt. Daran schließen sich Betrachtungen über das Gewissen, über den Einfluß des Milieus usw. Das 2. Kapitel beschäftigt sich mit den einzelnen krankhaften Charaktertypen. Trotz der Gedrängtheit der Darstellung tritt auch hier die selbständige Stellungnahme des Autors deutlich hervor. Vor allem weiß er die Gedankengänge Janets, Freuds, Adlers kritisch und doch fruchtbar zu verwerten. 2 Abschnitte befassen sich mit der Psychologie und den Störungen der Kindheit und des Jugendalters. Hier findet man kritische Bemerkungen gegen die orthodoxe Richtung in der Psychoanalyse. Ohne daß sich der Autor den fruchtbringenden Ideen Freuds verschließt, warnt er in besonderer Weise vor den jetzt grassierenden schädigenden Übertreibungen. Die letzten Kapitel, die sich mit den einzelnen psychotherapeutischen Methoden beschäftigen, wirken besonders erfreulich durch die scharfe Abgrenzung dessen, was eine besonnene wissenschaftlich fundierte, von Selbsttäuschungen freie Psychotherapie leisten kann. *Kutzinski* (Königsberg i. Pr.).

Forensische Psychiatrie.

Ungar, E.: Die partielle Zurechnungsfähigkeit. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform Jg. 16, H. 11/12, S. 354—365. 1925.

Immer wieder wird die Frage der partiellen Zurechnungsfähigkeit aufgeworfen. In der letzten Zeit ist es vor allem Ziehen gewesen, der für sie eintrat. Ihm schloß sich Heilbronner an, während Aschaffenburg, Fürstner, Hitzig, Schultze, Siemerling und Wollenberg zu den Gegnern zählen. Auf Grund einer langjährigen gerichtsärztlichen Praxis glaubt Ungar, Ziehen zustimmen zu müssen. In erster Linie sind es die Paranoiker, die für eine partielle Zurechnungsfähigkeit in Betracht kommen, dann aber auch, sobald der Entwurf zum Strafgesetzbuch Gesetz wird, eine große Zahl vermindert Zurechnungsfähiger. Die Fassung des § 18 des Entwurfes

Digitized by Google

von 1919 läßt zweifellos eine partielle Zurechnungsfähigkeit zu. Gerade den geistig Minderwertigen, den Psychopathen usw. wird man keinen Freibrief für ihre Straftaten geben dürfen, dadurch daß man sie in jedem Falle für vermindert zurechnungsfähig erklärt. *Göring* (Elberfeld).

Bendix, Ludwig: Die strafbare Handlung im amtlichen Entwurf eines allgemeinen deutschen Strafgesetzbuches von 1925. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform Jg. **16**, H. 11/12, S. 365—372. 1925.

Verf., Rechtsanwalt und Notar, weist auf die Schwierigkeiten hin, mit denen der Gesetzgeber zu kämpfen hat, weil er gerade bei den Vorschriften über die strafbaren Handlungen zu den für das Strafrecht grundlegenden Fragen Stellung nehmen muß. Der Gesetzgeber kann die Kriminalität als eine sozialpathologische Erscheinung betrachten und behandelt sie dann als Naturtatsache oder beurteilt sie als eine Kulturerscheinung unter ethisch-sozialpolitischen Gesichtspunkten. Der Gesetzgeber kann aber auch die Ansicht vertreten, daß die Kriminalität nur in unserem Innenleben ihr Dasein hat, daß also jede Regelung der strafbaren Handlung nur möglich ist unter Bezugnahme auf ihre alleinige Existenz im Geiste des zu Beurteilenden. Verf. bringt eine Gegenüberstellung der Vorschriften der Entwürfe von 1919 und 1925 und zeigt daran, wie der Gesetzgeber durch hilflose Streichungen den Schwierigkeiten aus dem Wege gegangen ist. Er verlangt Klarheit, ein Anerkennen, daß der reale Vorgang einer in der Außenwelt sich abspielenden Handlung nur durch eine geistige Schöpfung des Gesetzgebers und der sie feststellenden Gerichte zu einer in deren Innenwelt allein strafrechtliches Dasein gewinnenden, vorsätzlichen oder fahrlässigen Handlung werden kann. *Göring* (Elberfeld).

East, W. Norwood: The interpretation of some sexual offences. (Die Erklärung einiger sexueller Vergehen.) Journ. of mental science Bd. **71**, Nr. 294, S. 410—424. 1925.

Unterschieden wird zwischen sexuellem Objekt und sexuellem Ziel. So kann die Freude, zu verfolgen oder verfolgt zu werden, an Stelle des Wunsches nach geschlechtlicher Vereinigung treten. Sehr junge Kinder können sexuelle Triebe empfinden, erst in auto-erotischer Art, dann folgt der Ödipus-Komplex. In der Schule kommt es zu sexuellen Beziehungen mit Kameraden. Die Entwicklung von Auto-Erotik über Homo-Erotik zur Hetero-Erotik kann in verschiedenen Stadien stecken bleiben. Manche Kriminelle, die, von absolutem Egoismus beherrscht, dauernd asexuell bleiben, mögen zu den Narzisten gehören. Ein 16jähriger Bursche ward auf Anzeige der Mutter verhaftet, weil er sie fortgesetzt unsittlich belästigte. Homosexuelle brauchen keine sonstige Abnormität zu besitzen. Affektbetontes Kindheitserlebnis kann von Bedeutung sein. Strichjungen wollen verdienen, brauchen nicht gleichgeschlechtlich zu empfinden. Surrogathandlungen kommen vor. Zahlreiche Homosexuelle haben die seelischen Eigenschaften ihres Geschlechts und suchen im Partner die des Weibes, daher ihre Bevorzugung hübscher Jugendlicher. Ihr Trieb kann unterentwickelt sein. Einzelne zeigen starken Trieb mit der Behauptung, sie hielten ihre Einstellung für normal. Andere suchen Behandlung und geben zu, sich beherrschen zu können. Hetero- und homosexuelle Einstellung findet sich bei derselben Person. Mordversuche aus Eifersucht zwischen Homosexuellen kommen vor. Fetischismus ist eine Verzerrung normaler Liebesphantasien, indem der Fetisch an Stelle des Objekts tritt. Bestialität als Surrogathandlung findet sich auch bei Gesunden. Schwacher hetero-sexueller Trieb, Furcht vor Impotenz oder vor geschlechtlicher Ansteckung spielen eine Rolle, ferner frühe Assoziationen bei psychopathischer Veranlagung. Kriminelle Zielstörungen liegen vor bei unzüchtigen Berührungen von Kindern, gewalttätigen Angriffen auf Frauen, Zerstörung oder Beschmutzung ihrer Kleider. Hier bestehen Übergänge zum Sadismus der Messerstecher. Echter Lustmord ist selten. Häufiger sind anonyme Briefschreiber, die ihre Opfer mit verleumderischen oder unzüchtigen Schriften verfolgen. Es handelt sich um Projektion eigener unangenehmer Gedanken auf andere. Ähnlich übertragen manche Strafgefangene nach erfolglosen Beschwerden ihre Schuld

Digitized by Google

auf die Justizbeamten oder die Gesellschaft. Die Mehrzahl der Sexualverbrecher ist zurechnungsfähig. *Raecke* (Frankfurt a. M.).

Ochsner, Albert J.: The surgical treatment of habitual criminals, imbeciles, perverts, paupers, morons, epileptics and degenerates. (Die chirurgische Behandlung von Gewohnheitsverbrechern, Imbezillen, Perversen, Unwirtschaftlichen, Psychopathen, Epileptikern und Degenerierten.) Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 3, S. 321—325. 1925.

Seit vor mehr als 23 Jahrhunderten Plato die Kastration als Strafe für gewisse Verbrechen empfahl, haben sich viele Autoren mit dieser Frage beschäftigt, aber nicht die Ärzte. In den letzten Jahren haben 15 amerikanische Staaten Gesetze über Sterilisation herausgebracht, von denen 9 noch Rechtsgültigkeit besitzen. Früher war die Sterblichkeit unter der Nachkommenschaft der in der Überschrift aufgeführten Volksgruppen hoch, heute nicht mehr infolge der modernen Fürsorgeeinrichtungen. Die 1200 Nachkommen eines schwachsinnigen Paares in Indiana fielen größtenteils der Armenpflege zur Last und viele entgleisten ins Verbrechen. Lehrreich ist auch die Geschichte der bekannten Kallikak-Familie. Allein im Jahre 1915 betrugen die unproduktiven Ausgaben für Fürsorge, Krankenhäuser, Besserungsanstalten die ungeheure Summe von 89 Millionen Dollar. Sie wuchsen 1922 auf $162^1/_2$ Millionen an, hatten sieh also in 7 Jahren um 80% vermehrt! Die mit solchem Aufwand Unterstützten richten, ganz abgesehen von dem durch ihre Unterhaltung verursachten Verluste, ganz außerordentlich großen Schaden an, ohne doch ein lebenswertes Leben zu führen. Es ist einfach Pflicht, dieser erschreckenden Entwicklung entgegenzuarbeiten durch eine kleine und schmerzlose Operation von 2 Min. Die erhobenen Bedenken sind nicht anders zu bewerten, als die bekannten Einwände gegen die Schutzimpfung. Bis 1922 waren 3233 Operationen durchgeführt worden. Bei Geisteskranken hatten sie bisweilen einen gesundheitlich günstigen Erfolg, niemals schädlichen. Die Vorteile sind: Verminderung der verhängnisvoll Belasteten und ihres unheilvollen Einflusses auf die Umwelt, Verringerung der unproduktiven Ausgaben, Ausschaltung von viel Unglück und Elend. Es handelt sich weder um eine Strafe noch um Quälerei oder Gefährdung der Gesundheit. *Raecke* (Frankfurt a. M.).

Oliverio, Alfredo E.: Die Legende der Kleptomanie. Rev. de criminol. psiquiatria y med.-leg. Jg. 12, Nr. 70, S. 472—476. 1925. (Spanisch.)

Nicht alle Warenhausdiebstähle dürfen unter dem Begriff der Kleptomanie straffrei ausgehen. Eine reine Kleptomanie gibt es überhaupt nicht. Ist der Diebstahl unter dem Einfluß des Schwachsinns oder einer anderen geistigen Erkrankung erfolgt, so kann der Täter natürlich nicht zur Verantwortung gezogen werden. In allen anderen Fällen ist der Diebstahl strafbar. In Paris ist der Warenhausdiebstahl in epidemischer Form aufgetreten. Hier hilft allein die Prophylaxe. Es müssen wie in Buenos-Aires zahlreiche Angestellte die Besucher überwachen, so daß diese das Gefühl haben, daß ihr Tun keinen Augenblick unbemerkt bleiben kann. *Ganter* (Wormditt).

Das Konstitutionsproblem, Erblichkeits- und Rassenforschung.

Haecker, V., und Th. Ziehen: Über die musikalische Vererbung in der Deszendenz von Robert Schumann. Zeitschr. f. indukt. Abstammungs- u. Vererbungslehre Bd. 38, H. 2, S. 97—123. 1925.

Die Arbeit fußt auf früheren Untersuchungen der Verff., deren Ergebnisse verwandt werden. Nach eingehender Darlegung alles dessen, was über die Deszendenz R. Sch.s zu erfahren war, wird die Beantwortung von 3 Fragen versucht. 1. Hetero- oder Homozygotie R. Sch.s, wobei unter heterozygot solche Nachkommen gemeint sind, die durch Vereinigung zweier Gameten entstehen, deren eine die Anlage für die Entwicklung allgemein positiv musikalischer Begabung, die andere die Anlage für die Entwicklung allgemein negativ musikalischer Begabung enthält. Eine Heterozygotie von R. Sch. ist möglich. Der Vater hatte keine manifeste musikalische Veranlagung; Homozygotie ist bei ihm unwahrscheinlich, da in seiner Ascendenz, wie bei seinem

Digitized by Google

Bruder, auffällige manifeste musikalische Begabung nicht nachzuweisen ist, und Heterozygotie liegt nicht nahe, weil im östlichen Mitteldeutschland positive musikalische Veranlagung wahrscheinlich dominant ist. Von der Mutter her hat er positive musikalische Beanlagung überkommen. Daß trotz heterozygoter Veranlagung große musikalische Begabung möglich ist, haben frühere Untersuchungen gezeigt, die auch eine musikalische Begabung von seiten der Mutter als wirksamer dargetan haben, wie auch die Tatsache feststellten, daß ein verhältnismäßig großer Prozentsatz (19%) ausgesprochen musikalischer männlicher Individuen von einem unmusikalischen Vater abstammen. Nimmt man die heterozygote Veranlagung von R. Sch. an, so dürfte die ideative bzw. kompositorische ebenso wie die poetische Begabung vom Vater, die sonstigen Komponenten der musikalischen Begabung von der Mutter stammen. 2. Positiv konkordante Ehen sind im Familienkreis vorherrschend, wohl als Folge gemeinschaftlichen Interesses für Musik. Nach früheren Untersuchungen wird durch eine derartige Selektion keine immer höher gehende musikalische Veranlagung herangezüchtet; es tritt im Gegenteil ein leichtes Sinken der Zahl der begabten Individuen ein. Die hierfür errechneten Prozentzahlen lassen sich gut mit den Beobachtungen in der Schumannschen Familie in Einklang bringen. 3. Nachkommen aus diskordanten Ehen lassen sich nur in 3 Fällen nachweisen. Einzelne von ihnen sind unmusikalisch.

Reiss (Dresden).

● **Heredity in nervous and mental disease. An investigation by the association for research in nervous and mental disease. Report of the papers and discussions at the meeting of the association; New York City, December 27th and 28th, 1923. Edited by Charles L. Dana, Thomas K. Davis, Smith Ely Jelliffe, Henry Alsop Riley, Frederick Tilney and Walter Timme.** (Erblichkeit bei Nerven- und Geisteskrankheiten.) New York: Paul B. Hoeber 1925. XVII, 332 S. Geb. $ 3.75.

Das reichhaltige Buch, dem ein gutes Bild von Gregor Mendel beigegeben ist, bringt Abhandlungen im Sinne und Geiste der modernen Erblichkeitslehre. Es zeigt, daß das Streben nach exakter Durchforschung der Erbursachen geistiger Störungen auch die offizielle amerikanische Psychiatrie mächtig ergriffen hat. Es läßt dabei aber auch Nicht-Psychiater, einen auch in Europa wohl bekannten Anatomen wie Stockard (Experimentelle Erzeugung von Entartung in ihrer Tragweite für die Auffassung erblicher Anomalien des Nervensystems), einen Biologen wie Davenport (Welcher Anteil des angeborenen Schwachsinns ist erblich?), einen Zoologen wie Metz (Die cellulare Grundlage der Vererbung), den Ophthalmologen Wilmer (Die Erbfaktoren, welche für Opticusatrophie und Retinitis pigmentosa verantwortlich sind) zu Worte kommen. Die Fragen werden sowohl von cytologischen, als auch pathologisch-anatomischen, klinischen, experimentellen und genealogischen Gesichtspunkten aus beleuchtet. Nach einer Aussprache des Vorsitzenden der Gesellschaft, Timme, über die Beziehungen der Erbeinheiten zu den Krankheitsprozessen werden in allgemeinen Betrachtungen von den Psychiatern und Neurologen Dana (Das moderne und technische Studium der Erblichkeit) und Barker (Diskussion der Bedeutung gewisser Faktoren — Blutsverwandtschaft, Rasse, endokrine Störungen, Toxine, Infektionen, Alkoholismus, X-Strahlen — für die Entwicklung der heredofamiliären Krankheiten des Nervensystems), die Rolle von Zelle und Chromosomen und die Bedeutung exogener und endogener Faktoren für die Erblichkeit erörtert. Jeliffe bringt weitausholende, anregende Darlegungen über jene „Teile des Zentralnervensystems, welche die Neigung zu krankhaften recessiven oder dominanten Merkmalen zeigen". In einem weiteren, der pathologischen Anatomie der Erbleiden gewidmeten Kapitel kommen zu Wort: Cornwall (Besteht grundlegende Ähnlichkeit der pathologischen Prozesse, welche in den verschiedenen Teilen des Zentralnervensystems bei den verschiedenen hereditären und familiären Nerven- und Geisteskrankheiten vorkommen?), Winkelmann und Eckel (Histologische Befunde in einem Falle von Friedreichs Ataxie), Sachs (Die Erbfaktoren bei der familiären amaurotischen Idiotie) und Lewis (Besteht eine grund-

Digitized by Google

legende Ähnlichkeit bei jenen krankhaften Prozessen, welche in den extraneuralen Systemen des Körpers bei verschiedenen erblichen und familiären Nerven- und Geisteskrankheiten vorkommen?). Sodann berichtet Barrett eingehend über die erblichen und familiären Faktoren bei der Entwicklung der Psychosen, und Orton bespricht die pathologischen Veränderungen, die man bei Kranken findet, welche an erblichen und familiären Formen von Psychose sterben. Zum Schluß führt Collins Beispiele für das Problem der Vererbung von Krankheiten an, wie es sich in den Köpfen mancher Roman- und anderer Schriftsteller gemalt hat. Eine rege Diskussion im Anschluß an fast alle Vortragsthemata zeigt das große Interesse und Verständnis für erbbiologische Betrachtungen auf dem Gebiete der Psychiatrie auch in Amerika. Aber auch dort begegnet man allen Schattierungen der Überzeugungen, welche sich auf dem Zwischenbereich zwischen jenen sicher falschen zwei Extremen befinden, die sich in Aussprüchen zweier sonst vorzüglicher Forscher verkörpern, von Prof. Morgan: „Wir können sagen, daß das Hereditätsproblem gelöst ist", und von Prof. Lotsy: „Von Vererbung wissen wir nichts". *Rüdin* (Basel).

Fetscher, R.: Diagnose der Elternschaft aus Erbmerkmalen des Kindes. Zeitschr. f. Sexualwiss. Bd. **12**, H. 9, S. 265—273. 1925.

Die Vaterschaftsdiagnose kann auf Grund erbbiologischer Unterlagen bis jetzt nicht allzu häufig mit Sicherheit gestellt werden. In Frage kommen dafür in erster Linie dominante (pathologische und normale) Merkmale mit früher Manifestation. Von einiger Bedeutung scheint das Papillarliniensystem zu sein. Größte Vorsicht und ausschließliche Zuziehung wirklicher Sachverständiger ist notwendig.

Eugen Kahn (München).

Kretschmer, Ernst: Konstitutionsmischung bei gesunden Ehepaaren. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **52**, Nr. 1, S. 20—22. 1926.

Vgl. dies. Zentrlbl. **42**, 608.

Nakadate, Kohkichi: Vergleichende Untersuchung über die Rassenhygiene mit besonderer Berücksichtigung der Japaner in der Süd-Mandschurei. (*Hyg. Abt., Süd-Mandschur. Eisenbahnges., Dairen.*) Journ. of orient. med. Bd. **3**, Nr. 2, S. 57—59. 1925.

Während der Pubertät bleibt das Wachstum der Chinesen hinter dem der Japaner zurück (Körperlänge, Gewicht und Brustumfang). Später ist das Verhältnis bezüglich der Körperhöhe umgekehrt. Der Grund hierfür ist das frühere Auftreten der Pubertät bei den Japanern, das den frühen Stillstand des Längenwachstums zur Folge hat. Die Chinesen sind brachycephal, die Japaner dolichocephal. Beim Brustkorb ist der sagittale Durchmesser größer bei den Chinesen, der frontale größer bei den Japanern. Es bestehen bestimmte Verschiedenheiten in den Beziehungen des Wachstums zur Jahreszeit. Japanische und chinesische Kinder zeigen keine nennenswerten Unterschiede hinsichtlich konstitutioneller Abnormitäten. Verschiedenheiten in der Morbidität erklären sich aus der Art der Anpassung an das Klima und der verschiedenen Lebensweise der beiden Völker.

H. Hoffmann (Tübingen).

Anstaltswesen, Statistik, Allgemeines.

Ortleb: Mängel der Anstaltsbehandlung und Vorschläge zur Abhilfe. (*Heilanst. Tapiau.*) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. **83**, H. 1/2, S. 118—126. 1925.

Verf. versucht die Forderungen einer zeitgemäßen Ausgestaltung der Anstalten mit den durch die Geldknappheit gebotenen Einschränkungen in Einklang zu bringen. Seine Vorschläge beziehen sich unter anderem auf die Einrichtung der Aufnahmeabteilungen, deren er je eine für ruhige, halbruhige und unruhige Kranke verlangt, Trennung der Betten in den Wachsälen durch feste Scheidewände mit radiärer Anordnung und demgemäß, zwecks ausreichender Überwachung, Halbkreisform der Wachsäle. Außerdem werden noch andere praktische Fragen erörtert: bei Ausstattung der Krankenräume weitgehende Berücksichtigung der Wirkung der Farben auf Geisteskranke, freie Behandlung, günstiger Einfluß der Frühentlassungen bei Schizophrenen. Den Schluß bilden Betrachtungen über die Eignung und Ausbildung der Ärzte, des

Digitized by Google

Pflege- und Oberpflegepersonals. Letzteres will Verf. mehr und mehr aus den besseren Ständen herangezogen wissen. *v. Leupoldt* (Neuruppin).

Brown, Sanger: The sound proofed room in the institutional treatment of the psychoses. (Der schallfeste Raum in der Anstaltsbehandlung Geisteskranker.) Illinois med. journ. Bd. 47, Nr. 4, S. 288—289. 1925.

Schallsichere Räume bilden nach Ansicht des Verf. ein unbedingtes Erfordernis der Irrenanstalten. Er hält es im Interesse der Heilung akuter Erregungszustände, zumal wegen ihrer guten Prognose, für wünschenswert, von narkotischen Mitteln möglichst ganz abzusehen, was nur mit Hilfe schallfester Räume durchführbar wäre. Die dortige Anstalt hat davon 8, seiner Ansicht nach würden aber 6 genügen. Es handelt sich um Zimmer, die Platz für einen Kranken und eine Pflegeperson gewähren. Verkappte „Posterzellen" seien es nicht. Die Abhandlung macht den Eindruck, als ob Verf. etwas einseitig alles Heil in der Schallabsperrung sucht. Er hat aber wohl darin recht, daß hierauf bisher zu wenig Rücksicht genommen worden ist, und auch darin, daß vielfach ein zu rücksichtsloser Gebrauch von Narkoticis gemacht wird. *Müller* (Dösen).

Müller: Die Beschäftigungsbehandlung in der Lippischen Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus bei Brake in Lippe. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 27, Nr. 48, S. 491 bis 494. 1925.

Der Verf. berichtet über die Erfolge, die mit dem von Simon-Gütersloh ausgebildeten Vorgehen in der Anstalt Lindenhaus trotz ihrer weniger günstigen Voraussetzungen erreicht worden sind. Während hier wie in den anderen Anstalten bisher durchschnittlich 60—65% der Kranken nutzbringend beschäftigt worden sind, konnte seit der Umstellung und Intensivierung der Beschäftigungsbehandlung, die im Herbst 1923 begann, die Beschäftigungsquote unter gleichzeitig weitgehender Einschränkung der Bett- und Badebehandlung auf durchschnittlich 95 v. H. erhöht werden. Müller schildert die einzelnen Beschäftigungsarten, für deren breitere Anwendung und Vermehrung innerhalb der Abteilungen Platz gemacht wurde, und betont, daß der bei der Anwendung der Arbeitstherapie auf die bisher hierfür verloren gehaltenen 30—40% Unbeschäftigte notwendige Mehraufwand an Zeit, Kraft und Arbeit seitens der Ärzte und des Pflegepersonals sich durch die günstige Milieuwirkung des einmal umgestellten Betriebes auf die Neuaufnahmen reichlich lohnt. — Diese durch den persönlichen Kontakt mit Gütersloh ermöglichten günstigen Erfolge, mit denen die neuerdings in der Anstalt bei Konstanz gemachten Erfahrungen durchaus übereinstimmen, beweisen die große Tragweite des Simonschen Vorgehens für die weitere Entwicklung des Anstaltsbetriebes, aus dem bei richtiger Anwendung die unruhigen Abteilungen mit den störenden, schmierenden und gewalttätigen Kranken allmählich verschwinden werden. Der naturgemäß naheliegenden Gefahr, daß an die Stelle des Bett- und Badeschematismus ein arbeitstherapeutischer Schematismus treten könnte, ist durch die Verbindung des Simonschen Verfahrens mit der Frühentlassung in die offene Fürsorge von Anfang an vorzubeugen, die ja gleichfalls von den Grundsätzen des individualisierenden Vorgehens und der therapeutischen Ausnützung sinnvoller Betätigung ausgeht. *Hans Roemer* (Karlsruhe).

Tiffany, William J.: Hospital records: What may the medical officer expect from the occupational therapist dealing with mental patients? (Krankenhausberichte: Was darf der Medizinalbeamte von den Beschäftigungstherapeuten in seinem Umgange mit Geisteskranken erwarten?) (*Kings Park state hosp., Kings Park, N. Y.*) Occupat. therapy a. rehabilitation Bd. 4, Nr. 6, S. 417—425. 1925.

Erst in den letzten Jahren hat sich das Bedürfnis herausgestellt, auch die Beschäftigungstherapie wie andere Behandlungsarten richtig zu verordnen. Obgleich ihr Wert schon lange anerkannt ist, werden ihre Ergebnisse nicht systematisch und vergleichbar in die Krankengeschichten eingetragen. Der Patient wird für die Arbeit ausgesucht, nicht umgekehrt. Angebahnt werden muß eine gleichmäßige Berichterstattung über den Erfolg der Arbeitstherapie unter Benutzung der Beobachtungen des Personals, das die Arbeiten beaufsichtigt. Um dieses dazu instand zu setzen, wurden besondere Vorträge und Demonstrationen abgehalten. Es wurde die Aufmerksamkeit geweckt für äußere Erscheinung und Gebaren der Patienten, für Gedankengang und affektive Reaktionen, Inhalt der Gedanken, Kontakt mit der Umwelt, Auffassung und Merkfähigkeit. Vor allem handelt es sich da um Sauberkeit und Art der Kleidung, um natürliches oder geziertes Betragen, läppisches oder erotisches, überaktives oder ge-

Digitized by Google

hemmtes, zielvolles oder ziellos unruhiges, lenksames oder widerstrebendes, geselliges oder verschlossenes. Ob Neigung zur Gewalttätigkeit oder zum Entwenden von Gegenständen sich bemerkbar macht oder Hang zur Selbstbeschädigung? Fleiß oder Faulheit? Aufmerksamkeit oder Ablenkbarkeit? Bereitet die Arbeit Freude oder Unbehagen? Treten Angst und Mißtrauen oder Apathie und Interesselosigkeit hervor? Welchen Einfluß hat die Arbeit auf Äußerungen des Affekts? Halluzinatorische Vorgänge, persekutorische, hypochondrische, expansive Ideen verlangen Beachtung, der Einfluß von Sinnestäuschungen auf den Gang der Arbeit. Wie ist die Konzentrationsfähigkeit? Es wird von Verf. zugegeben, daß ein solches Schema hohe Ansprüche stellt. Aber wenn freie Beschreibung gefordert ward unter Anführung tatsächlich beobachteter Vorgänge (nicht Vermutungen!) und Betonung der sich einstellenden Veränderungen, dann sollen durchaus brauchbare Rapporte geliefert worden sein.

Raecke (Frankfurt a. M.).

Bliss, M. A.: Hand work in occupational therapy for the insane. Its relation to other factors of therapy. (Handarbeit in der Beschäftigungstherapie für Geisteskranke.) Occupat. therapy a. rehabilitation Bd. **4**, Nr. 6, S. 435—439. 1925.

Individuell angepaßte Beschäftigung ist erforderlich. Das Interesse der Patienten und ihr Stolz in ihre Arbeit müssen angeregt, ihre vorhandenen Fähigkeiten geschickt herausgefunden und benutzt werden. Die minimalste Tätigkeit bedeutet einen wertvollen Anfang. Wohlwollende Ermunterung und unermüdliche Geduld bei der Anleitung sind unerläßliche Vorbedingungen des Erfolges. *Raecke* (Frankfurt a. M.).

Friedländer, Walter: Zum Entwurf eines Bewahrungsgesetzes. Zentralbl. f. Jugendrecht u. Jugendwohlf. Jg. **17**, Nr. 8, S. 191—193. 1925.

Mitteilung und Besprechung des von der Sozialdemokratischen Reichstagsfraktion auf Anregung des Hauptausschusses für Arbeiterwohlfahrt eingebrachten neuen Entwurfes zu einem Bewahrungsgesetz, der sich von dem Entwurf des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge durch Verzicht auf den Begriff einer krankhaften oder außergewöhnlichen Stumpfheit des sittlichen Empfindens und durch die Erweiterung des zu bewahrenden Personenkreises auf die wegen Zurechnungsunfähigkeit außer Verfolgung Gesetzten oder Freigesprochenen sowie durch einige weniger wichtige Punkte unterscheidet. *Hans Roemer* (Karlsruhe).

Potts, W. A.: Geistige Hygiene-Arbeit in England. (*Tavistock clin. f. functional nerv. dis. London.*) Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. **31**, H. 1/2, S. 3—12. 1925.

Aus der Einleitung ist hervorzuheben: 1920 wurde an der Tavistock-Klinik eine besondere Abteilung für Kinder gegründet; 1923 entstand der „National Council" für geistige Hygiene, d. i. eine große Vereinigung freiwilliger Helfer. 1. Die geistig Minderwertigen. Das Gesetz von 1913 kennt 4 Arten: Idioten, Imbezille (beide nicht schulfähig), Schwachsinnige, moralisch Imbezille. Die Zahl der Sonderschulen ist nicht ausreichend; es gibt viele ausgezeichnete Einrichtungen, aber die Unterbringungsmöglichkeiten sind zu gering; in weitem Maße wird auch Schutzaufsicht mit Besuch durch Helfer angewandt. Die Lehrer an den Sonderschulen machen meist 4wöchige Sonder-Unterrichtskurse durch; ähnliche Kurse werden auch für Ärzte abgehalten. 2. Psychopathen. Die einzige gute Klinik ist die obengenannte Tavistock-Klinik. 3. Die Blinden. Der Unterricht findet in Sonderschulen statt sowie in Anstalten (20); es gibt außerdem 46 Tagesstätten und 7 Tag- und Nachtheime; außerdem 2 für geistig-minderwertige Blinde. 4. Taubstumme. Die Fürsorge ist ähnlich geregelt wie die der Blinden. Die Lehrer müssen ein besonderes Examen an der Nationalhochschule für Taubstummenlehrer ablegen. 5. Krüppel. Der Unterrricht erfolgt z. T. in Sonderschulen, z. T. im eigenen Heim durch den Verein für verkrüppelte Kinder. 6. Jugendliche Deliquenten. Jugendgerichte gibt es jetzt in England überall. Kein Kind unter 16 Jahren kann ins Gefängnis kommen. 68 Fürsorgeanstalten nehmen Kinder bis zu 16, 30 Besserungsanstalten Jugendliche bis zu 19 Jahren auf. Strafaufschub wird viel angewandt. Einige Städte haben besondere Beobachtungsstationen; ärztliche Untersuchung wird jedoch nicht in allen Fällen durchgeführt. Besondere Kurse sorgen für Ausbildung von Ärzten, Helfern, Gefängnisbeamten. *Schob* (Dresden).

Preserov, L.: Der gegenwärtige Stand der psychiatrischen Hilfe in Sowjet-Rußland. Žurnal nevropatologii i psichiatrii Jg. **18**, Nr. 1, S. 93—104. 1925. (Russisch.)

Seit 1922 kann man einen Aufschwung in dem Leben der russischen psychiatrischen Krankenhäuser konstatieren. Während der vorausgegangenen schweren Jahre stieg die Sterblichkeitsziffer bis auf 40% sämtlicher Insassen der Irrenhäuser, 1921 betrug sie 19,5%, 1922 =18,9%, 1923 = 8,8%, 1914 betrug sie 10,2%. Überall beginnt

Digitized by Google

wieder das wissenschaftliche Leben, es werden wieder Kurse für das Personal eingerichtet. Es fehlt an genügenden Krankenhäusern, während die Zahl der Geisteskranken steigt. Zum 1. Januar 1925 waren in allen psychiatrischen Anstalten der R. S. F. S. R. (mit Ausschluß der Ukraine, Weißrußlands und Kaukasiens) 13488 Betten, während vor dem Kriege auf demselben Territorium 27 146 Betten waren. Vor dem Kriege konnten 10% aller Geisteskranken behandelt werden, jetzt nicht mehr als 5%. Ein Bett auf 6670 Einwohner oder auf 20 Geisteskranke. Nach den Normen des Volkskommissars für Volksgesundheit, die mehr als bescheiden sind, müssen auf 1000 der Bevölkerung 0,6 stationäre Betten und 0,4 Patronagestellen errichtet werden. Was die Krankheitsformen anbetrifft, so waren im Jahre 1923 29,6% Schizophreniker (1922 = 27,9%, 1914 = 25,8%). An zweiter Stelle manischdepressive Psychose 11,7%, gegenüber 11,6% resp. 12,5%, dann genuine Epilepsie 9,8%. An vierter Stelle Hirnsyphilis inkl. progressiver Katalyse 8,7%. Derselbe Prozentsatz bestand sowohl 1922 als auch 1914. Trotz der großen Syphilisierung der Bevölkerung während des Krieges sind diese letzten Zahlen nicht gewachsen, vielleicht weil ein großer Teil der Paralytiker gestorben ist oder der Verlauf der Krankheit gutartiger ist, wohl auch infolge der Verminderung des Alkoholismus. An fünfter Stelle kommen Oligophrenien 8,1%, an sechster Stelle Psychopathien 6,1% (1914 = 1,3%, 1922 = 4,7%). Von den im Jahre 1914 entlassenen Kranken waren weniger als 1 Jahr 72,7% im Krankenhaus, von den im Jahre 1923 entlassenen 93,7%. Mit anderen Worten, der Aufenthalt der Kranken im Krankenhaus ist jetzt kürzer. *M. Kroll* (Minsk).

● **Helbing, Franz: Die Tortur. Geschichte der Folter im Kriminalverfahren aller Zeiten und Völker. Völl. neubearb. u. erg. v. Max Bauer. Mit Schlußwort v. Max Alsberg.** Berlin: P. Langenscheidt 1926. 430 S. R.-M. 18.—.

Die neue Bearbeitung des Helbingschen Werkes hat seinen Grundcharakter nicht verändert. Es gibt einen umfassenden und anschaulichen Überblick über die verschiedensten Formen und Zusammenhänge, in denen sich die Foltererscheinungen bei den verschiedensten Völkern und zu den verschiedensten Zeiten nachweisen lassen. Freilich ist das Gebiet sehr weit gefaßt, so daß beispielsweise selbst sadistische und masochistische Vorkommnisse mit herangezogen werden. Immerhin erhält man so einen charakteristischen Einblick in kulturhistorisch wie kulturpsychologisch so bedeutsame Erscheinungen wie die Ordalien, die Inquisitionen, die Hexenverfolgungen, die Halsgerichtsordnungen und ähnliches mehr. Eine sachlich nicht recht zugehörige Darstellung des gegenwärtigen Kriminalverfahrens beschließt das Werk, das, wenn auch keine wissenschaftliche Vertiefung, so doch eine anregende Materialsammlung bietet. *Birnbaum* (Herzberge).

Ganter, Rudolf: Psychopathologisches aus Homer. Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 45, S. 1924—1926. 1925.

Verf. führt die verschiedensten Beispiele für eine von scharfer Beobachtungsgabe zeugende Schilderung abnormer psychischer Zustände bei Homer an. Er benutzt dabei die Gelegenheit, anläßlich der Charakteristik des Thersites als eines geistig und körperlich Degenerierten darauf hinzuweisen, daß dieser noch heute in vielerlei Exemplaren im Reichstag und im Landtage spuke, ohne daß leider ein Odysseus mehr da sei, der dem Lästermaul eins auswische.
Birnbaum (Herzberge).

Gesellschaftsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 11. I. 1926.

Offizielles Protokoll. Berichterstatter: **K. Löwenstein (Berlin).**

Jacobsohn-Lask berichtet, daß die zur Beratung außerordentlicher Sitzungen eingesetzte Kommission vorschlägt, jährlich eine besondere, einen Tag in Anspruch nehmende Sitzung unter Hinzuziehung auswärtiger Fachgenossen stattfinden zu lassen, und diese

Digitized by Google

Sitzung in diesem Jahre mit dem 60. Stiftungsfest der Gesellschaft zusammen an einem Sonntag im Dezember abzuhalten. Nach einer Diskussion, an der sich Bonhoeffer, Henneberg, F. H. Lewy, S. Kalischer und Jacobsohn-Lask beteiligen, wird ein Antrag Jacobsohn-Lask, die Abhaltung dieser jährlichen Sondersitzung für dauernd zu beschließen, abgelehnt, und der Kommissionsvorschlag. ebenso ein Antrag Henneberg auf Beauftragung der bisherigen Kommission mit den Vorbereitungen für diese Sondersitzung angenommen. Vorstandswahl: Bonhoeffer 1. Vorsitzender, Kramer 2. Vorsitzender, Henneberg und Mendel Schriftführer, R. Hirschfeld Schatzmeister, Stier Bibliothekar. Die Aufnahmekommission (Falkenberg, Jacobsohn-Lask, Mendel, Seelert) wird wiedergewählt.

Schuster und Taterka: Ein Fall reiner Worttaubheit (auf Serienschnitten untersucht.) Berlin. Ges. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh., Sitzg. v. 11. I. 1926.

Der Vortrag erscheint in extenso in der Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie.

Aussprache: Haike weist darauf hin, daß der Sprachsext b^1—g^2 für die Beurteilung des Sprachgehörs nach den Ergebnissen der Untersuchung von Frankfurther und Thiele keine andere Bedeutung zukommt als Ausfällen in anderen Tonlagen, also mit dem Ausfall ihrer Perception noch keineswegs das Verständnis für die menschliche Sprache verloren ist, wie Bezold annahm. Ferner zeigt Haike an der Hand einer Krankengeschichte die Verwertung des Rhythmus als qualitatives und quantitatives Hörmaß bei Prüfung auf Worttaubheit. Der Patient sprach Zahlen falsch, aber in demselben Rhythmus nach, mit dem sie ihm vorgesprochen waren; auf einen mit dem Grammophon vorgespielten Marsch reagiert er mit der Bemerkung: „Das ist marschieren." Das Tick-Tack eines Metronoms, das, ohne daß er es sieht, in einer Entfernung von 4 m in Gang gesetzt wird, beantwortet er damit, daß er abwechselnd mit der rechten und linken Hand den Takt danach schlägt, den er wechselt, wenn die Schlagfolge des Metronoms geändert wird, wobei er zunächst unsicher, bald aber genau die Taktfolge innehält. Damit ist also festgestellt, daß Patient hört und den Rhythmus als solchen — im Gegensatz zum Wortsinn — perzipiert hat. Noch eine andere Erscheinung kann bei der Hörprüfung auf Worttaubheit von differentiell-diagnostischer Bedeutung sein. Wenn eine Schwerhörigkeit, wie oft, nicht auf quantitativer, sondern auf qualitativer Störung des Hörens beruht, werden die Sprachlaute völlig entstellt perzipiert und bei einer Prüfung ganz kauderwelsche Worte statt der sinnvollen vorgesprochenen wiedergegeben. Die Kenntnis dieser Verhältnisse wird bei Prüfung auf Worttaubheit, besonders, wenn diese noch nicht ausgesprochen ist oder eine gleichzeitige Hörstörung von der erwähnten Art besteht, vor diagnostischen Irrtümern bewahren. — Hans Taterka: Daß bei der reinen Worttaubheit das Gefühl für Rhythmik erhalten ist, ist ohne weiteres verständlich, wenn man berücksichtigt, daß Geräusche perzipiert werden können und die innere Sprache intakt ist. Als besonderes Kriterium für die reine Worttaubheit ist dieses Verhalten nicht verwendbar. — L. Jacobsohn-Lask: Die Patientin in dem von Herrn Schuster demonstrierten Falle kann nach Ausweis der pathologisch-anatomischen Präparate nur mit dem rechten Schläfenlappen gehört haben, da das linke Ganglion geniculatum mediale gänzlich zerstört und auch die vom rechten zum linken akustischen Rindenzentrum ziehenden Balkenfasern vernichtet waren. Jacobsohn-Lask fragt deshalb, wie Herr Schuster es erkläre, daß die Patientin auch Melodien und Geräusche nicht recht auffassen konnte, und ob es angängig sei, daß man einen solchen Fall noch als reine Worttaubheit bezeichne. — O. Maas fragt, ob und wieweit eine Schreibstörung bestand, und ob insbesondere eine Prüfung des Schreibvermögens mit Patentbuchstaben stattgefunden hat. — Henneberg: In den Fällen von Henneberg und Schuster handelt es sich um eine subcorticale sensorische Aphasie im anatomischen Sinne. Stellt die temporale Querwindung die primäre Hörsphäre, das akustische Projektionszentrum dar, so muß auch bei isolierter Zerstörung der linken Querwindung reine Worttaubheit in Erscheinung treten, ebenso bei völliger Absprengung der Querwindung von der Stätte der Wortklangbilder in Temporalis 1. Solche Fälle von reiner Worttaubheit sind nicht beschrieben. Henneberg weist auf den von ihm mitgeteilten Fall von Totalaphasie mit erhaltenem Leseverständnis (Neurol. Centralbl. 1906, S. 1161) hin, den man als eine Kombination von corticaler motorischer und subcorticaler sensorischer Aphasie auffassen kann. Die linke Querwindung war total zerstört, es bestand hochgradige Degeneration des linken Corpus genicul. med., Temporalis 1 war nur sehr wenig lädiert. Die Worttaubheit war eine totale. Das relativ sehr gut erhaltene Leseverständnis weist auf ein Erhaltenbleiben der Wortklangbilder hin. Anatomisch war der Fall nicht eigentlich subcortical, sondern präzentral-sensorisch (Ziehen). Daß die Worttaubheit total und dauernd war, erklärt sich durch die totale Zerstörung der linken Querwindung in einfacher Weise, zudem war die rechte Querwindung und Temporalis 1 nicht intakt. Rindentaubheit lag nicht vor. — Schuster (Schlußwort): Die interessanten Bemerkungen des Herrn Haike über Parästhesien auf akustischem Gebiet finden ihr Analogon nicht nur im Bereiche der übrigen höheren Sinne, sondern auch im Bereiche des Hautgefühls. Es läßt sich in sehr vielen Fällen, besonders solchen spinaler Sensibilitätsstörung zeigen, daß die wichtigsten und störendsten Auswirkungen der pathologischen Veränderung nicht so sehr in einer Herabsetzung der normalen Empfindungsqualitäten oder in spontanen Parästhesien, als

Digitized by Google

vielmehr in dem Auftreten starker Parästhesien bei der Einwirkung von Reizen auf die Peripherie bestehen. Die Frage des Herrn Maas kann dahin beantwortet werden, daß bei der guten Lesefähigkeit und dem im Prinzip erhaltenen Schreibvermögen (das Schreiben mit der linken Hand fiel der Patientin begreiflicherweise schwer) keine Veranlassung zur Prüfung mit sog. Patentbuchstaben vorlag. Zu den Bemerkungen des Herrn Jacobsohn sei folgendes gesagt: Ich glaube in der Tat, daß sehr viele der höheren Leistungen auf acustischem Gebiet im allgemeinen nur bei Intaktheit der linken Hemisphäre möglich sind, sofern nicht eine besondere Einübung oder eine auf Anlage beruhende, besonders gute Entwickelung des rechten Temporallappens vorliegt. Eine solche Annahme erscheint nach allem, was wir über das Verhalten der beiden Großhirnhemisphären zu einander wissen, heute keineswegs mehr ganz unwahrscheinlich. Für die optische Sphäre glaube ich ein analoges Verhalten in einer vor einer Reihe von Jahren erschienenen Arbeit über Alexie wahrscheinlich gemacht zu haben. Wenn Herr Jacobsohn die Subsummierung unseres Falles unter den Begriff der reinen Worttaubheit wegen der begleitenden Zeichen von Seelentaubheit beanstandet, so ist darauf zu erwidern, daß die Seelentaubheit nur eine geringe und nicht gleichmäßig konstante war, daß fast in allen darauf untersuchten Fällen von reiner Worttaubheit Zeichen von Seelentaubheit bestanden. Schließlich — und das scheint mir das wichtigste zu sein — der Terminus „reine" Worttaubheit soll ja nicht etwa bedeuten, daß außer der Worttaubheit keine weiteren akustischen Symptome vorliegen, sondern er soll lediglich besagen, daß der Fall „rein" in bezug auf die innere Sprache ist, daß also — wie in unserem Fall — keine Beteiligung der inneren Sprache vorhanden ist.

Henneberg: Fall von kortikaler sensorischer Aphasie.

62jähriger Mechaniker wurde ca. 2 Jahre vor seinem Tode von der Straßenbahn angefahren, fiel auf den Hinterkopf, Schädelbruch, 4 Tage ohne Besinnung, Erbrechen. 2 Monate nach dem Unfall: Spontane Sprache reichlich, sehr rasch, total paraphasisch, literale Entstellungen selten (gewelft für gefehlt, getun für getan), Patient bemerkt offenbar die Paraphasie nicht, Perseverationen, lucider Gesichtsausdruck, lebhafte Ausdrucksbewegungen. Sprachverständnis völlig aufgehoben, Patient schreibt seinen Namen richtig, weitere Schreibversuche sind nicht zu erzielen, liest nicht. Uhr falsch abgelesen, keine Apraxie, Gegenstände werden richtig gebraucht, nicht benannt, somatischer Befund regelrecht. Nach 3 Wochen: Reagiert nicht auf Zuruf seines Namens, bei Beginn der Unterhaltung einige kurze richtige Sätze, z. B. meine Frau war gestern da. Schreiben und Lesen noch völlig aufgehoben, spielt auf der Zither einzelne Akkorde, keine Melodie, auch nicht nach Noten, stimmt die Zither richtig, zeitweilig erregt. Nach einem halben Jahr: Leichte Besserung, einige Gegenstände und Bilder werden richtig benannt, die Bezeichnung wird stark paragraphisch niedergeschrieben, z. B. Bierm statt Birne, Hucken statt Hacke, Gebrüb statt gelbe Rübe, Nachsprechen paraphatisch, nach mehreren Wiederholungen bisweilen richtig, Lautlesen ziemlich rasch, häufige Paraphasien, Verständnis (einer Fabel) anscheinend leidlich vorhanden, Patient schreibt seinen Namen auf Aufforderung, schriftliche Fragen werden kopiert, aber nicht beantwortet, rasche Ermüdung. Tod an Pneumonie ca. 2 Jahr nach dem Unfall. Sektionsbefund (Dr. Geelvink). Basisfraktur. Der linke Schläfenlappen zeigt einen traumatisch-malacischen Defekt, der sich vom G. angularis durch die 1. Temporalwindung bis zum Pol zieht. Schnitte durch das Pulvinar zeigen: Leichte Aufhellung des gesamten Markes des Schläfenlappens, Mark von Temporalis 1 zerstört, ein Degenerationsstreifen zieht sich bis zum Fasc. long. inf., Rinde von Temporalis 1 zum Teil erhalten, Insula post. intakt. In Frontalschnitten, die durch das Bereich der Heschlschen Querwindungen fallen, fällt eine leichte Abblassung des gesamten Markes des Schläfenlappens bis auf den Gyrus hippocampi und fusiformis auf, Temporalis 1 ist bis auf geringe Reste an der Basis völlig zerstört, die Querwindungen sind intakt, nur an ihrer Basis ist das Mark aufgehellt. Das Corpus gen. int. zeigt keinen Markschwund. Im Bereich des vorderen Teiles der Insel ist Temporalis 1 in der Form erhalten, etwas verschmälert, die Markstrahlung stark rarifiziert, Temporalis 2 ist bis auf geringe Reste zerstört, diese Veränderungen klingen zum Pol des Schläfenlappens allmählich ab. Der rechte Schläfenlappen ist nicht völlig intakt. Frontalschnitte durch das Chiasma n. o. lassen einen kleinen traumatisch-malacischen Defekt in der Rinde von Temporalis 2 erkennen, das Mark der Windung ist etwas abgeblaßt. Diese Veränderungen klingen nach hinten ab, sind aber in Schnitten, die durch das Corpus Luysi fallen, noch erkennbar. In Schnitten, die durch das Pulvinar fallen, findet sich ein kleiner Defekt in der Rinde der Kuppe von Temporalis 1, schließlich zeigt sich noch auf der Kuppe des Fusiformis ein kleiner oberflächlicher Rindendefekt. Der Fall ist bemerkenswert durch die hochgradige Zerstörung von Temporalis 1 und das Verschontbleiben der Querwindung. Trotz Intaktheit der Querwindung war das Syndrom der corticalen sensorischen Aphasie ein schweres und neigte wenig zur Rückbildung. Das Ausbleiben der Restitution ist vielleicht auf Rechnung einer mangelhaften Disposition des leicht lädierten rechten Schläfenlappens zur Ersatzleistung zu setzen. Die Eigenleistung der intakten Querwindung (Quensel) kann im vorliegenden Falle nicht hoch eingeschätzt werden. Beide besprochene Fälle zusammen sprechen für räumliche Trennung der akustischen Projektionsstelle von dem mnestischen Gebiet in Temporalis 1.

Digitized by Google

Fortsetzung des Autorenverzeichnisses!

Poulet, R. 297.
Pozzo, F. 318.
Prada, Enrique 318.
Prawdicz-Neminski, W. W. 265.
Prosorov, L. 349.
Puech, A. 315.
Rebattu 318.
Redlich, Emil 338.
Reed, Elias A. 328.
Rehfeldt, Charles Sixtus 281.
Révész, Béla 285.
Ricca, Silvio 305.
Rienhoff jr., William Francis 318.
Riley, Henry Alsop 346.
Robison, S. C. 321.
Rohrschneider, Wilhelm 263.
Roseno, Alfred 323.
Roskam, Jacques 308.
Rubbens 337.
Ruttin, Erich 281, 296.
Sachs, M. 286.
Salkind, E. 302.
Santenoise, D. 261.
Scharápov, B. 308.
Schilder, Paul 296.
Schilf, E. 269.
Schlesinger, Hermann 324.
Schmidt, K. 339.
Schmitz, Hans 286.
Schneider, Kurt 338.
Schönbauer, L. 260.
Schtscherbakoff, G. A. 266.
Schultz, J. H. 298.
Schuster 351.
Shults, Gertrude M. 298.
Silberstein, James 287.
Simon, Clément 326.
Smedt, P. de 258.
Smith, N. R. 333.
Snapper, J. 281.
Solcard 330.
Solomon, Harry C. 296.
Solotuchin, A. 321.
Sommer, Ignaz 325.
Speranskaja-Stepanowa, E. N. 266.
Spiegel, E. A. 267.
Spuffard-Morgan, Barbara 334.
Sselizkij 281.
Stadnizkij, N. 326.
Standenath, F. 331.
Steiner, G. 335.
Stookey, Byron 311.
Strecker, H. 300.
Stricker, P. 329.
Stroh, Hans 259.
Stulz, E. 329.
Sudeck, P. 319.
Sümegi, Stefan 267.
Syllaba, Lad. 327.
Taterka 351.
Tendick, F. H. 321.
Tiffany, William J. 348.
Tilney, Frederick 346.
Timme, Walter 346.
Tkatschew, R. 302.
Tobey jr., George L. 295.
Touraine 315.
Tournade, A. 268.
Trabaud, J.-P.-R. 327.
Trénel 330.
Trenti, Enrico 296.
Trömner, Ernst 282.
Tschalissow, M. 284.
Tschlenow, L. 272.
Tullio, Benigno di 341.
Tuttle, W. W. 272.
Ungar, E. 343.
Urechia, C. I. 330.
Utitz, Emil 277.
Valk, J. W. van der 315.
Vallery-Radot, Pasteur 312.
Veach, Harry O. 266.
Verstraeten, Paul 338.
Villinger, Werner 341.
Vondráček, Vladimir 343.
Wagner-Jauregg 280.
Walter, Fr. K. 299.
Weeber, R. 331.
Weimann, W. 300.
Weinberg, F. 287.
Weiss, Rud. Fritz 287.
Welke, Walter 285.
Wernøe, Th. B. 273.
Whitaker, L. R. 260.
Wilmanns, Karl 337.
Witschi, E. 321.
Woskressenski, S. 283.
Wulfften-Palthe, P. M. van 340.
Ziehen, Th. 345.

Inhaltsverzeichnis.

Referate.

Normale und pathologische Anatomie 257

Normale und pathologische Physiologie 260

Psychologie und allgemeine Psychopathologie 273

Allgemeine neurologische Diagnostik und Symptomatologie 280

Allgemeine psychiatrische Diagnostik und Symptomatologie 283

Therapie 286

Spezielle Neurologie:

Meningen 295

Körperflüssigkeiten 296

Großhirn:

Encephalitis 300

Linsenkernerkrankungen, Dyskinesien . . . 303

Hirngeschwulst, Hirnabsceß 304

Kleinhirn, Vestibularapparat, hereditäre familiäre Ataxien 305

Rückenmark und Wirbelsäule:

Multiple Sklerose, Syringomyelie 308

Rückenmarksgeschwülste 308

Periphere Nerven:

Neuralgie, Kopfschmerz 312

Periphere Nervenlähmung, Neuritis, Herpes zoster, Nerventumoren 312

Sympathisches System und Vagus . . . 316

Stoffwechsel und endokrine Drüsen:

Allgemeines über innere Sekretion . . . 318

Schilddrüse 318

Genitalorgane 320

Tetanie und Spasmophilie 321

Osteomalacie, Pagetsche Krankheit 322

Dercumsche Krankheit, Lipomatose . . . 322

Familiäre Erkrankungen, Myotonie . . . 323

Syphilis 324

Vergiftungen, Infektionen 327

Tetanus 328

Traumatische Nervenerkrankungen, Kriegsverletzungen 328

Nervenkrankheiten der Tiere 331

Spezielle Psychiatrie:

Epilepsie, Kinderkrämpfe 331

Idiotie und Imbezillität, tuberöse Sklerose 334

Progressive Paralyse, syphilitische Geistesstörungen, Trypanosomenkrankheiten . 335

Schizophrenie 338

Psychosen bei Allgemeinerkrankungen. Infektions- und Intoxikationspsychosen, Alkoholfrage 339

Manisch-depressives Irresein 340

Degenerative psychopathische Zustände, Pathographien 341

Psychogene Psychosen, Hysterie, Kriegsneurosen 343

Forensische Psychiatrie 343

Das Konstitutionsproblem, Erblichkeits- und Rassenforschung . . . 345

Anstaltswesen, Statistik, Allgemeines 347

Gesellschaftsbericht.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 350

Digitized by Google

Sanatorium Liebenstein DDr. Eichler-Seige
(vorm. Dr. Fülles' Sanatorium) Bad Liebenstein (Thür. Wald) / Fernruf Nr. 8
Klinisch geleitetes Sanatorium für innere und Nervenkranke
Kurmittel des kohlensauren Stahlbades Liebenstein (243)
Besitzer und leitende Ärzte:
Dr. Seige, Facharzt für Nervenkrankheiten / Dr. Eichler, Facharzt für innere Krankheiten

Kuranstalten Westend (vorm. Dr. Weiler – Dr. Schlomer's Kuranstalten)
Ulmenallee Nr. 35, Nußbaumallee Nr. 30 und Nr. 38
Fernsprecher: Amt Westend Nr. 506 und 507
Getrennte Häuser u. Villen für Nerven- u. Gemütskranke, Morphinisten u. Erholungsbedürftige
Geh. Rat Prof. Dr. **Henneberg** Dr. **Schlomer** (223) Dr. **Möllenhoff**

Sanatorium Berlin-Lichterfelde (Ost)
vormals Geh. San.-Rat Dr. Goldstein
Jungfernstieg 14
Für Nervenkranke u. Erholungsbedürftige. Behandlung aller Nervenkrankheiten. Elektrotherapie. **Morphium-Entziehung.** — **Mäßige Preise.** — Telephon Lichterfelde 2020. — 16 Minuten ab Potsdamer Bahnhof. Herrliche Parkanlagen. **Dr. Martin Goldstein** (244)

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9

Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten. Von Dr. **Ernst Kretschmer,** a. o. Professor für Psychiatrie und Neurologie in Tübingen. Fünfte und sechste unveränderte Auflage. 220 Seiten mit 41 Abbildungen. 1926. Gebunden RM 12.—

QUADRONAL
bei fast allen Krankenkassen zugelassen
Rp. Phenyldimethylpyrazolon. Oxyäthylacetanilid. Lactyl-p-Phenetidid. Coffeinum pur.
Packungen: 20×0,5 10×0,5 Spitalpackungen
Höchste Wirksamkeit bei:
Migräne, Anfällen von Gicht, Ischias, rheumatischen Beschwerden, Nervenentzündungen, nervöser Abspannung, Menstruations-Beschwerden, Trigeminus-Beschwerden, Schnupfen, Erkältungskrankheiten und Grippe.
Proben und Literatur kostenlos
Asta-Werke A.-G., Chemische Fabrik Brackwede in Westfalen
Wir sind gleichzeitig Hersteller von **Dr. Kipper's Emulsion,** die von Fachleuten anerkannt wird und die schmackhafteste sein soll, die bisher existiert. Lassen Sie sich Geschmacksprobe und Literatur kommen.

Hierzu zwei Beilagen von den Verlagsbuchhandlungen ***Julius Springer*** *in* ***Berlin*** *und* ***Wien***

Digitized by Google

Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig

BAL.
JUN 1[illegible] 1926

ZENTRALBLATT FÜR DIE GESAMTE NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE

REFERATENTEIL DER ZEITSCHRIFT FÜR DIE GESAMTE NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE UND FORTSETZUNG DES VON E. MENDEL BEGRÜNDETEN NEUROLOGISCHEN CENTRALBLATTES
REFERATENBLATT DER GESELLSCHAFT DEUTSCHER NERVENÄRZTE
OFFIZIELLES ORGAN DER BERLINER GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND NERVENKRANKHEITEN

REDIGIERT VON

R. HIRSCHFELD, BERLIN — K. MENDEL, BERLIN — W. SPIELMEYER, MÜNCHEN

SCHRIFTLEITUNG: R. HIRSCHFELD, BERLIN W 9, LINKSTR. 23/24

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9

BAND XLIII, HEFT 7/8 — 15. MAI
S. 353—480 — 1926

Der Deutsche Verein für Psychiatrie

hält seine diesjährige Jahresversammlung am 23. und 24. September 1926 in **Düsseldorf** ab; in derselben Woche finden hier die Versammlungen der deutschen Naturforscher und Ärzte und der deutschen Nervenärzte statt.

*

Referatenthema

am 23. vorm.: Professor Dr. *O. Vogt*-Berlin: Architektonik der menschlichen Hirnrinde,

am 23. nachmittags: Professor Dr. *Rosenfeld*-Rostock: Über die pharmakologische Beeinflussung nervöser Syndrome durch Gifte.

*

Vortragsanmeldungen an den Schriftführer Dr. *G. Ilberg*-Sonnenstein bei Pirna (Sachsen) erbeten. Die Dauer eines Vortrags soll nicht mehr als 15 Minuten betragen. In erster Linie werden Vorträge, welche mit den genannten Referatenthemen in innerem Zusammenhang stehen, berücksichtigt werden, die übrigen nach Maßgabe der noch vorhandenen Zeit.

Digitized by Google

Autorenverzeichnis.

(Die Zahlen beziehen sich auf die Seiten.)

Achard 408.
Alpers, Bernard J. 407.
Ascoli, Vittorio 402.
Asher, Leon 370.
Astwazaturow 372.
Auen, W. 394.
Aycock, W. Lloyd 433.
Bachstez, E. 410.
Badonnel, Marguerite 471.
Bailey, Percival 423.
Bailly, J. 442.
Baker, E. L. 434.
Barbaglia, Vittorio 405.
Barkas, Mary R. 437.
Barni, Ambrosio 409.
Bartels, Martin 354.
Bau-Prussak, S. 393.
Bechterew, W. M. 461.
Beder, W. 417.
Béhague 440.
Benda, Ernst 473.
Bender, Lauretta 364.
Benedek, Ladislaus 468.
Belikov, O. 424.
Benon, R. 472.
Beresnegovski, N. J. 464.
Beretervide, Enrique 442.
Berkeley, William N. 419.
Bernhof, F. 409.
Bertolani, Aldo 411.
Beverly, Bert I. 380.
Bianchi, Leonardo 421.
Bien, Elias 475.
Blank, E. 442.
Blanton, Wyndham B. 442.
Blum, O. 395.
Bobertag, O. 380.
Bond, Earl D. 397.
Bondy, Curt 476.
Borgards, Wilhelm 464.
Borgherini, Alexandre 412.
Borremans 415.
Bovy, Jos. 441.
Boyd, William 404.
Brdiczka, Georg 394.
Bridges, J. W. 375.
Brock, S. 403.
Brodersen, N. H. 453.
Broussilovski, L. 447.
Brown II, Sanger 480.
Brückner 416.
Brunner, Hans 459.
Budagova, M. 422.
Burdenko, N. 365.
Cardillo, Furio 416.
Carlson, A. J. 372.
Carmichael, Leonard 380.
Carpi, Umberto 424.
Carulla, Vicente 434.
Cassella, Benedetto 441.
Castells, Herminio 434.
Cedercreutz, Axel 456.
Černyšov, S. 448.
Chalmers, A. K. 401.
Charpentier, P. J. L. 469.
Chavalier, André 452.
Chevallier, Paul 467.
Codreanu, Alex. 408.
Courrier, R. 453.
Curschmann, Hans 450.
D'Abundo, Emanuele 409.
Dalma, Giovanni 468.
Daniélopolu, D. 370, 371.
Davidovic, S. 453.
Debray, M. E. 465.
Debré, Robert 409.
De Capite, Antonio 415.
Decroly, O. 377, 378, 379.
Darvai, Dénes 476.
Dedichen, H. A. Th. 467.
De Giacomo, Umberto 417.
De la Paz, D. 369.
Delmas-Marsalet, P. 369.
D'Istria, Antonio 434.
Dodge, Raymond 374.
Düker, Heinrich 377.
Dufourmentel 440.
Eaton, Paul 433.
Elekes, N. 409.
Embden, Gustav 367.
Erhard, Ignaz 395.
Falk, Walter 454.
Falthauser, Valentin 479.
Favill, John 456.
Favoloro, Giuseppe 445.
Faworskij, A. 436.
Feigenbaum, Dorian 474.
Fendel, Heinz 474.
Fernbach, Hans 406.
Ferri, Guido 364.
Filimonov, I. 428.
Fischer, Aloys 372.
—, Josef 481.
—, Olga 461.
Foerster, O. 388.
Foix, Charles 359, 368.
Freeman, Walter 418.
Freud, Sigm. 388.
Friedinger, Elsa 436.
Friedjung, Josef K. 473.
Fronda, Rodrigo 394.
Galant, Johann Susmann 458.
Gallerani, G. 363.
Gammeltoft, S. A. 415.
Gates, Arthur I. 376.
Gehuchten, Paul van 427.
Gelderen, Chr. van 368.
Gibbs, Charles E. 468.
Glatz, H. 459.
Göppert, F. 382.
Göring, M. H. 448.
Goerttler, Kurt 356.
Goldberger, Márk 381.
Goldsmith, H. 458.
Gougerot 437.
Gourdy, Celestini Augusto
Gram, Chr. 451. [470.
Graves, William W. 478.
Gray, Albert A. 393.
Grein, Edir 472.
Greving, R. 356.
Gross, W. 488.
Guillain, Georges 437.
Guillaumin 455.
Gutheil, Emil 440.
Haas, Louis J. 397.
Hafferl, Anton 357.
Haguenau 394, 400.
Hahn, G. 449.
—, Otto 400.
Hakkebusch, W. 475.
Halberstadt, G. 468.
Hamburger, Franz 422.
Hamilton, Bengt 463.
Hanneman, Y. 411.
Hassin, George B. 434.
Heberer, H. 462.
Henckel, K. O. 468.
Henning, Hans 376.
Herderschee, D. 377.
Herman, William 355.
Herrmann, G. 413.
Hertle, J. 426.
Heuyer, G. 480.
Hill, A. V. 367.
Hillemand, Pierre 359.
Hirsch, Paul 395.
Hoff, Ferdinand 385.
Hübener, Gottfried 478.
Humphrey, Ethelwyn 396.
Hylla, E. 380.
Jack, George N. 370.
Jacob, Walter 471.
Jacobson, Edmund 372.
—, S. A. 441.
Jakoby, Curt 419.
James, A. Greene 451.
Jelenkiewicz, L. 462.
Jellinek, Anton 395.
Jessen, Haagen 427.
Ihm, Luise 474.
Ikhtemann, M. 467.
Imre, Hermann 384.
Invernizzi, Giuseppe 447.
Jong, H. de 419.
Jost, Hans 367.
Juliusburger, Otto 382.
Kadanoff, Dimitri 365.
Kafka, V. 407.
Kakeshita, Tamao 358, 428.
Kanngießer, Friederich 473.
Kanno, E. 443.
Karger, Paul 362.
Kauders, Otto 396, 466.
Keller, Tadeusz 405.
Kenworthy, Marion E. 375.
Kerangal, Y. de 408.
Kerper, Alver H. 366.
Kimball, O. P. 451.
Kirschbaum 467.
Klages, Ludwig 478.
Klein, Eva 394.
Klopstock, Alfred 405.
Kluge, Endre 450.
Koschewnikow, A. M. 482.
Kostić, D. 447.
Kowarskaja, S. 442.
Kraus, R. 408.
Krause, Fedor 393.
Křivý, Miroslav 487.
Kückens, Hans 419.
Kühl, Walter 418.
Künkel, Fritz 381.
Küster, Hermann 440.
Kuntz, Albert 366.
Kurz 353.
Kusnezov, W. 371.
Lahy, J. M. 388.
Lambert, Avery E. 361.
Lange, Cornelia de 404.
Langelüddeke 459.
Langworthy, Orthello R.
Laqueur, A. 398. [368.
Lasowsky, J. M. 449.
Layani, F. 448.
Legoff 448.
Leibbrand, W. 394.
Leiri, F. 416.
Léri, André 448.
Leschke, Erich 444.
Lesné, Turpin 455.
Levy, David M. 384.
Lévy, Gabrielle 427.
Lévy-Solal 409.
Lewis, Nolan D. C. 425.
Ley, Rodolphe-Albert 42
Leyser, Edgar 443.
Lhermitte, J. 435.
Lichtwitz 394, 400.
Liebhart, Stanislaw 407.
Lipiński, Witold 405.
Lisser, H. 454.
Löpfe, Adolf 379.
Lohmann, K. 367.
Long, C. N. H. 367.
Longchampt 409.
Lubosch, W. 361.
Lustig, Walter 475.
McCarrison, Robert 449.
McCord, Clinton P. 480.
M'Fadyean, John 462.
Mager, Alois 376.
Magniel 370.
Maier, Hans W. 479.
Manfredi, Leonardo 369.
Maragliano, Dario 400.
Marcinowski, J. 384.
Margairaz, Emilie 380.
Marie, A. 466, 467.
Marill 361.
Marinesco, G. 420.
Markov, D. 447.
Markuszewicz, R. 465.
Marotta, Aquiles S. 417.
Martini, Tulio 470.
Mârtz, F. 432.
Marzio, Q. di 403.
Masieri, Nereo 469.
Mayer, A. 474.
Mayer-List, Richard 478.
Melkersson, Ernst 423.
Menninger, William C. 386.
Merkin, Regina 379.
Merletti, C. 455.
Messing, Sigismond 430.
Meulengracht, E. 483.
Meyer, Jean 487.
Meyerhof, Otto 367.
Milizin, W. 399.
Mingazzini, G. 406.
Minor, L. 455.
Misasi, M. 434.
Mittelmann, Dénes 445.
Molitor, H. 445.
Morax, V. 410.
Morev, W. 454.
Morgan, L. T. 378.
Morselli, Enrico 411.
Mueller, Berthold 471.
Müller, Hilde 379.
Mueller-Roland, F. H. 471.
Munk, Fritz 388.
Naville 461.
Nayrac, P. 468.
Neel, Axel v. 404, 412.
Nelson, Sarah H. 398.
Nestor, N. I. 408.
Netter, Georges 409.
Nicolas, M. 435.
Nicolesco, I. 420.
Nikitin, M. 428.

Fortsetzung des Autorenverzeichnisses siehe III. Umschlagseite!

Digitized by Google

Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.
Band XLIII, Heft 7/8 S. 353—480

Referate.

Normale und pathologische Anatomie.

Kurz: Die Furchung der Großhirnrinde beim Kamel. (*Anat. Inst., Univ. Münster i. W.*) Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 1: Zeitschr. f. Anat. u. Entwicklungsgesch. Bd. 78, H. 1/2, S. 1—25. 1926.

Es werden sehr gute Abbildungen des Oberflächenreliefs vom Gehirn (laterale, mediale, konvexe und basale Oberfläche) des Camelus bactrianus gegeben und die Furchenverhältnisse des Großhirns auf das genaueste beschrieben. *Jacobsohn-Lask.*

Spadaro, Raimondo: Contributo allo studio del bulbo olfattorio in alcuni mammiferi e vertebrati inferiori. (Beitrag zur Kenntnis des Bulbus olfactorius bei einigen Säugern und niederen Vertebraten.) (*Clin. otorinolaringol., univ., Napoli.*) Arch. ital. di otol., rinol. e laringol. Bd. 36, H. 10, S. 617—627. 1925.

Untersuchungen am Bulbus olfactorius bei Fledermaus, Igel, Hund, Fuchs, Katze, Meerschweinchen, Pferd, Sperling, Wachtel, Falken, Käuzchen, Taube, Ente, Schildkröte, Eidechse, Frosch mit Silberfärbung sowie mit der Nissl- und Hämatoxylinmethode ergaben im wesentlichen bekannte Resultate, u. a. die Inferiorität des menschlischen Riechapparates. Bei Vögeln, besonders bei Raubvögeln und Nachtvögeln besitzt jede Nitratzelle bis zu 20 Dendriten, von denen jeder in einem anderen Glomerulus sich verzweigt und sich mit den Endästen von 2—4 Riechnervenfasern verbindet — das spricht für eine vorzügliche Ausbildung des Geruchssinnes. Bei verschiedenen Säugern (Katze, Ratte, Meerschweinchen usw.) wendet jede Nitratzelle nur einen einzigen Dendriten zum Glomerulus, in dem aber Fortsätze von 4—6 bipolaren Zellen endigen. Auch Hunde, Füchse und andere makrosmatische Säuger besitzen nur einen Dendriten, aber jeder Glomerulus wird von 5—6 solcher Nitratzellendendriten versorgt. Infolgedessen werden die von einer einzigen bipolaren Zelle peripher aufgenommenen Eindrücke im Gehirn auf 5—6 Nitratzellen übertragen.

Wallenberg (Danzig).

Kakeshita, Tamao: Zur Anatomie der opercularen Temporalregion. (Vergleichende Untersuchungen der rechten und linken Seite.) Arb. a. d. neurol. Inst. d. Wiener Univ. Bd. 27, H. 2/3, S. 292—326. 1925.

Kakeshita untersuchte die Differenzen im Rindenbau der opercularen Schläfenregion in der rechten und linken Hemisphäre. Er unterscheidet 3 verschiedene Abschnitte dieser Rindengegend: von vorne nach hinten 1. das polare Gebiet mit 3, gelegentlich auch 4 Windungen, 2. das Gebiet des Gyrus temporalis magnus (Heschl-Holl) mit dem Planum parinsulare oder Gyrus parinsularis und 3. das kaudale Gebiet der Querwindungen mit den kaudalen Übergangswindungen. Die vergleichende Untersuchung an 10 Gehirnen ergab nun, daß in allen Fällen schon makroskopisch ein Überwiegen dieser Gegenden in der linken Hemisphäre zum Ausdruck kommt. Histologisch teilt K. diese Region vom caudalen zum frontalen Pol in 7 Abschnitte: 1. Eine Area agranularis (37 oder 39 Brodmann), 2. eine Area paracustica posterior (22 Brodmann), 3. Area acustica, 4. Area paracustica anterior, 5. Area polaris posterior, 6. Area polaris anterior, 7. Area parinsularis. Die nähere Untersuchung zeigte starke individuelle Differenzen in der Ausbreitung der einzelnen Areale. Einen charakteristischen Unterschied zwischen der rechten und linken Hemisphäre zugunsten der linken fand K. in der Mehrzahl der untersuchten Gehirne innerhalb der (3.) Area acustica sensu strictiore, während die (2.) Regio paracustica posterior zumeist beiderseits gleich entwickelt

Digitized by Google

erscheint und die (4.) Regio paracustica anterior rechts besser ausgebildet ist als links. Die Arealgrenzen gehen keineswegs mit den Windungsgrenzen parallel, nur die Regio parinsularis hält sich ziemlich scharf an die Furche. Es ist nicht statthaft, das akustische Areal auf eine ganz bestimmte kleine Stelle zu begrenzen. Breite oder Größe dieses Areals ist in jedem Falle verschieden. Als Zentrum der akustischen Region kann immer noch der Gyrus transversus magnus (Flechsig, Henschen) gelten, der aber große individuelle Differenzen in seiner Ausdehnung zeigt. Interessant ist die gleichmäßige Entwicklung der Area paracustica posterior bei starker Variabilität der Area paracustica anterior. *Wallenberg* (Danzig).

Takagi, Jungoro: Studien zur vergleichenden Anatomie des Nucleus vestibularis triangularis. II. Vergleichende anatomische Untersuchungen über den Nucleus intercalatus und Nucleus praepositus, das dorsale Längsbündel von Schütz und das Triangularis-Intercalatusbündel von Fuse. Arb. a. d. neurol. Inst. d. Wiener Univ. Bd. **27**, H. 2/3, S. 235—282. 1925.

Takagi hat im Wiener Institut unter Marburg seine Arbeiten über den Nucleus triangularis, intercalatus und „praepositus hypoglossi" (Marburg) an verschiedenen Säugerklassen und am Menschen fortgesetzt und auch das Schützsche dorsale Längsbündel sowie das von Fuse und von Monakow beschriebene Bündel zwischen Nucleus triangularis und intercalatus in den Bereich seiner Betrachtung gezogen. Auf Grund der Zellenstruktur und der Zellenform glaubt er nicht nur einen Übergang des Nucleus intercalatus in den Nucleus praepositus hypoglossi und in den Nucleus triangularis annehmen zu können, sondern auch enge Beziehungen zur dorsalsten Substantia reticularis und caudal zum dorsalen Vaguskern. Das Schützsche Längsbündel, die Kranzfasern des XII-Kernes und einen Teil des Fasciculus triangularis-intercalatus betrachtet er als Leitungsbahn zwischen diesen Kernen, die imstande ist, Vestibularisimpulse auf Koordinationskerne der Medulla oblongata zu übertragen. Da der N. praepositus bei Ruminantiern am besten entwickelt ist, vermutet T., „daß er mit der Rumination in irgend einer Beziehung steht, die Koordinationen für diese enthält." (? Ref. W.) (I. vgl. dies. Zentrlbl. **42**, 2.) *Wallenberg* (Danzig).

Bartels, Martin: Über die Gegend des Deiters- und Bechterewskernes bei Vögeln. (*Neurol. Inst., Univ. Frankfurt a. M.*) Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 1: Zeitschr. f. Anat. u. Entwicklungsgesch. Bd. **77**, H. 5/6, S. 726—784. 1925.

Bartels hat seinen Vortrag in Baden-Baden 1920 über das gleiche Thema weiter ausgeführt und durch instruktive Mikrophotographien erläutert. Er fand im Bereiche der Vestibularisendigungen bei allen Vögeln 1. eine dem Nucl. descendens VIII der Säuger entsprechende Zellanhäufung der dorsalen Formatio reticularis, 2. einen Nucl. triangularis VIII, den Cajal nicht zu den Vestibulariskernen rechnet (der Ref. W. sah nach Vestibularisläsion bei Tauben einzelne geschwärzte Fasern des Vestibularis in ihn eintreten). Er ist bei Eulen (Uhu = Bubo-Bubo) sehr klein, hat also wohl nichts mit dem Cochlearis zu tun, dessen Endkerne (Angularis, Hauptkern, Laminaris) gerade bei Eulen ungewöhnlich mächtig sind. 3. Im Deiterskern unterscheidet B. bei allen Vögeln: a) eine dorsale großzellige Gruppe (= Pars epimedullaris der Säuger, die intrapeduncular, innerhalb des Processus cerebelli (Kaplan, Brandes) liegt; b) eine ventrale Gruppe, die neben großen auch kleinere Zellen enthält (= Pars endomedullaris Kaplan). Beide Abschnitte, besonders der dorsale, sind bei Singvögeln außerordentlich differenziert, wie bereits Cajal in seiner Beschreibung angedeutet hat. Die dorsale Gruppe zerfällt bei ihnen (z. B. Alauda) in einen N. Deiters dorsalis superior, medius und inferior, die ventrale Gruppe enthält einen D. ventr. medialis und D. ventr. lateralis. Dem letzteren ist wohl Cajals „Nucleus tangentialis" zuzurechnen (siehe weiter unten!). Bei anderen Vögeln (Enten, Tauben, Eulen, Hühnern usw.) zerfallen weder die dorsalen noch die ventralen Abschnitte des Deiterskernes in scharf begrenzte Kerne, zeigen vielmehr zerstreut liegende Zellen oder Zellgruppen. Am deutlichsten sind diese Verhältnisse bei Larus als Vertreter der Nichtsingvögel. Einen

Digitized by Google

Übergang bildet Cerschneis tinnunculus. Viele Vogelarten besitzen innerhalb des ventralen Deiterskernes noch eine „Pars dorsofacialis" aus wenigen größeren Zellen oral und dorsal von den austretenden Facialisfasern. 4. N. pedunculo-olivaris (bei einigen Singvögeln, besonders aber bei der Ente) kleinzellig, im Corpus restiforme frontal vom Eckkern des Cochlearis, in der Höhe des frontalen Poles des Nucleus laminaris auftretend, bildet bei Enten, Gallina chloropus, Eulen, Uhu mehrere Gruppen, besitzt einen Faserstiel, der ventralwärts durch den Rest transversaler Vestibularisfasern und die spinale Trigeminuswurzel hindurch zieht und sich den Trapezfasern aus dem großzelligen Hauptkern des Cochlearis anschließt, mit ihnen zur Oliva superior und von dort zur ventralen VIII-Kreuzung gelangt. Ob diese Fasern in dem N. ped.-oliv. entspringen, ist noch unsicher. Das den Kern umgebende Fasernetz scheint zum Teil wenigstens aus Vestibularisfasern zu bestehen. Ein Teil der Stielfasern kommt sicher aus den Kleinhirnkernen. Es ist unwahrscheinlich, daß dieser Kern dem von Cajal als „Nucl. piriformis" bezeichneten entspricht. 5. Nucl. oralis octavi mit ziemlich kleinen Zellen, weit frontal im Kleinhirnstiel nach der Ventrikelwand gelegen, etwas dorsal und frontal von N. pedunculo-olivaris. Er entspricht wahrscheinlich Cajals „Nucl. vestibulo-cerebellaris" oder „Nucl. cerebello-acusticus". B. hält ihn (mit Sinn) für ein Homologon des Bechterewschen Kernes der Säuger oder des „Nucleus supremus acustici" (Lewandowski), während Cajal seinen „Nucleus gemelli", der dem von B. als „N. Deiters dorsalis superior" beschriebenen Kerne entspricht, als homolog mit dem Bechterew-Kern der Säuger bezeichnet. Ein echter lateral liegender „Nucl. tangentialis" (Cajal) wurde von B. nur bei Alauda und Tinnunculus gesehen, bei allen anderen Arten rückte er medial vom Corpus restiforme, seine Zellen behielten aber die von Cajal beschriebene charakteristische Form und die merkwürdige pericelluläre Endigungsweise der Trapezfasern an ihnen. Sehr gut war er in Lage und Form bei Embryonen (Huhn) ausgebildet. Die Kleinhirnkerne zerfallen bei Singvögeln gleichfalls in zahlreiche Einzelgruppen (der Nucl. cerebellaris lateralis z. B. in 7), während bei Ente und Athene nur je ein einheitlicher Nucl. cerebell. lateralis und medialis vorhanden ist. Schwierig ist oft die Trennung der dorsalen Deiterskerne von den Kleinhirnkernen. *Wallenberg* (Danzig).

Herman, William: The relations of the corpus striatum and the pallium in varanus, and a discussion of their bearing on birds, mammals and man. (Die Beziehungen des Corpus striatum und des Palliums beim Varanus, namentlich bei Vögeln, Säugetieren und Menschen.) (*Centr. inst. f. brain research, Amsterdam.*) Brain Bd. 48, Nr. 3, S. 362—379. 1925.

Das Eidechsengehirn ist am meisten geeignet, um einige Fragen von den Beziehungen des Striatumapparates zu lösen, da an demselben die Striatumfissuren gut ausgeprägt sind und die Einteilung in Archi-, Neo- und Paleostriatum sehr deutlich ist. Die Fissura neo-archistriatica, der Tractus cortico-archistriaticus, der Tractus thalamo-neostriaticus und die deutliche Entwicklung des Neostriatums aus der Basis und dem Pallium im Gegensatz zu dem Archistriatum (Homolog der Amygdala der Säugetiere, die ausschließlich vom Pallium abstammt), beweisen die morphologischen und funktionellen Verschiedenheiten des Neo- und Archistriatums. Das erstere steht mit dem Trigeminus im Zusammenhang, das letztere mit Olfactoriusbahnen. Die afferenten Thalamusfasern aus dem vordern und medialen Thalamuskern versorgen nur die ventralen $^2/_3$ des Neostriatums. Der Tr. cortico-neostriaticus ist nur im dorsalen Drittel des Neostriatums zu finden. Die Fissura longitudinalis teilt das Neostriatum in eine mediale und laterale Portion. Die lateralen, vorderen und dorsalen Portionen des Neostriatums sind strukturell identisch. Das Paleostriatum, i. e. das Pallidum der Säugetiere, ist eine basale Struktur aus großen Zellen bestehend und bildet die medio-ventrale Portion des Striatumkomplexes. Es erhält Fasern aus dem Tr. thalamo-striaticus. Durch efferente Bahnen ist es über den Hypothalamus mit dem Mittelhirn verbunden. *M. Kroll* (Minsk).

Digitized by Google

Greving, R.: Beiträge zur Anatomie des Zwischenhirns und seiner Funktion. IV. Über den Regulationsmechanismus der vegetativen Zentren in der Zwischenhirnbasis auf Grund cytoarchitektonischer und fasersystematischer Untersuchungen. (*Med. Klin., Univ. Erlangen.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 1/2, S. 231 bis 252. 1925.

Nach Erörterung der Probleme der vegetativen Zentren im Zwischenhirn wird auf Grund eigener Untersuchungen eine zusammenfassende Darstellung des anatomischen Aufbaus des Hypothalamus gegeben. Hierbei werden die cytoarchitektonische Gliederung und die Morphologie der Zellelemente sowie die Fasersysteme des Zwischenhirns ausführlich geschildert. Die anschließende Erörterung des Lokalisationsproblems soll darlegen, wie weit unsere Kenntnisse über die Lokalisation vegetativer Funktionen gediehen sind. Aus den anatomischen Befunden ergibt sich, daß wichtige Zellgruppen der Zwischenhirnbasis durch Faserzüge mit dem Vorderhirn verbunden sind. Damit sind Beweise dafür erbracht, daß das Corpus striatum in den Regulationsmechanismus der vegetativen Zentren im Zwischenhirn eingeschaltet ist. Auf Grund dieser Tatsachen und weiterer fasersystematischer Untersuchungen des Verf. wird ein erster Versuch gemacht, den Verlauf der vegetativen Reflexbahnen im Zwischenhirn unter anatomischer Begründung darzustellen. Einzelheiten sind im Original nachzulesen, da sie für ein kurzes Referat nicht geeignet sind. (III. vgl. dies. Zentrlbl. **42**, 577.)

R. Greving (Erlangen).

Goerttler, Kurt: Die Formbildung der Medullaranlage bei Urodelen. Im Rahmen der Verschiebungsvorgänge von Keimbezirken während der Gastrulation und als entwicklungsphysiologisches Problem. (*Anat. Anst., Univ. München.*) Zeitschr. f. wiss. Biol., Abt. D: Wilhelm Roux' Arch. f. Entwicklungsmech. d. Organismen Bd. **106**, S. 503—541. 1925.

Im Rahmen der von W. Vogt unternommenen Versuche, die Keimbezirke der Amphibien in ihrer Formbildung mit vitaler Vitalfärbung (Verfolgung der Wanderung und weiteren Ausgestaltung des vitalgefärbten Bezirkes) zu bestimmen, unterzog sich Goerttler der Aufgabe, für die normale Entwickelung der Medullaranlage bei Urodelen Materialherkunft und -gestaltung zu bestimmen. Dieses Material wird als präsumptives Medullarmaterial (präs. Med.-Mat.) bezeichnet. Die Resultate waren folgende: Bei den Keimen von Triton, Pleurodeles und Axolotl liegt zu Beginn der Gastrulation die vordere Grenze des präs. Med.-Mat. gegen das präs. Ektoderm (Ektodermrand) etwas vor dem animalen Pol. Die hintere Begrenzung gegenüber dem präs. Mesoderm liegt dicht oberhalb des Eiäquators. Vom animalen Pol aus gesehen endet das präs. Med.-Mat. beiderseits erst unterhalb des Äquators. Das seitliche Material wird während der Gastrulation durch einen charakteristischen Verschiebungsvorgang — „Schwenkung" — erst dorthin gebracht, wo es später endgültig als Medullaranlage sichtbar wird. Ein Bezirk des präs. Med.-Mat., der später den vordersten Gehirnabschnitt bildet, beteiligt sich an diesen Verschiebungen nicht. Die „Schwenkung" des präs. Med.-Mat. ist nur ein Ausschnitt aus den gesamten Verschiebungsvorgängen während der Gastrulation. Von der Verteilung des Mesoderms und der Urdarmbildung lassen sich diese Gestaltungsvorgänge auf der Keimoberfläche nicht trennen. Nach Blastoporusschluß sind diese Gestaltungsvorgänge auf der Keimoberfläche beendet (dann setzt erst die Auffaltung der Medullarwülste ein). Hemmt man diesen Formbildungsvorgang auf einer Seite des Keimes, dann tritt eine charakteristische Formabweichung der Medullaranlage auf. Bei solchen Mißbildungen der Medullaranlage entsteht der abnorm liegende Medullarwulst stets auf dem Boden des Materials, das auch bei ungehinderter Gestaltung zu seinem Aufbau Verwendung gefunden hätte. Höchstwahrscheinlich beziehen auch sonst die Keime mit mehr oder weniger ausgesprochener Spaltbildung (Spina bifida usw.) ihr Material zum Aufbau der Medullaranlage nicht aus Keimbezirken, die normalerweise andere Aufgaben zu erfüllen haben. Genügend große Defekte, die zu Beginn der Gastrulation im präs. Med.-Mat. gesetzt werden und noch in den ersten Phasen der Gastrulation glatt ausheilen, haben Defekte in der später sichtbar werdenden Medullaranlage zur Folge. Die Verwendung des Keimbezirkes, der präs. Med.-Mat. enthält, ist bei Triton, Pleurodeles und Axolotl schon zu Beginn der Gastrulation bestimmt. Die Tatsache, daß die prospektiven Potenzen der die genannten Keimbezirke bildenden Zellen selbst zu diesem Zeitpunkt noch nicht auf Spezialaufgaben beschränkt sind, wird von dieser Bestimmung nicht berührt. Solange keine Neuorientierung des gesamten Keimmaterials erfolgt, wird der Ort, an dem Medullarmaterial endgültig determiniert wird, bestimmt durch den normalen Ablauf der Materialverschiebungen während der Gastrulation. Die Schnittuntersuchung zeigt, daß eine Medullaranlage auch ohne Urdarmbildung entstehen kann. Es ist

Digitized by Google

wahrscheinlich, daß auch die Unterschichtung an Ort und Stelle kein unbedingt notwendiger Faktor für die Determination von Medullarmaterial ist. *Jacobsohn-Lask* (Berlin-Lichterfelde).

Hafferl, Anton: Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des Vertebratengehirnes, III. Die Entwicklungsgeschichte des Gehirnes von Scyllium canicula. Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 1: Zeitschr. f. Anat. u. Entwicklungsgesch. Bd. 77, H. 5/6, S. 572 bis 649. 1925.

Aus dem von J. Tandler geleiteten 1. anatomischen Institut in Wien sind bereits seit dem Jahre 1907 zwei größere Arbeiten über die Entwicklungsgeschichte des Vertebratengehirnes (Gecko und Tarsius) hervorgegangen. Hafferl hat es sich an Hand der Embryonensammlung des Wiener anatomischen Instituts sowie des Deutschen anatomischen Instituts in Prag (Prof. O. Grosser) zur Aufgabe gemacht, in möglichst genauer und exakter Weise die Formveränderungen des Scylliumgehirns während seiner Entwicklung darzustellen. Er benutzte dabei das Plattenmodellierverfahren. Es ist ausgeschlossen, die zahlreichen und wertvollen Resultate, die eine willkommene Ergänzung früherer Arbeiten besonders von Burckhardt und Sterzi bilden, im Rahmen eines Referates ausführlich wiederzugeben. Es wird daher hier nur in großen Linien angedeutet, was im einzelnen der Lektüre des Originals muß vorbehalten bleiben. Zunächst werden die einzelnen Stadien nach Modellen und Serien (transversal und sagittal) beschrieben mit Hinweis auf markantere histogenetische Veränderungen. Im 2. Teil bringt H. eine zusammenfassende Darstellung der Entwicklung der Hirnbeuge und der morphologischen Differenzierung der einzelnen Hirnabschnitte. Schon bei 2,7 mm-Embryonen zeigt das Hirnrohr zwei leichte Krümmungen, denen im Innern seichte Erhebungen entsprechen: eine frontale, die spätere vordere Scheitelkrümmung (Tandler) mit dem Tuberculum posterius (Sterzi) und eine caudale = hintere Scheitelkrümmung mit dem Tuberculum postremum (Sterzi). Im vorderen Teil liegt die Chorda nicht mehr dem Hirnrohr an. Die Beziehung zwischen Tuberculum posterius, Sulcus dia-mesencephalicus (an der Innenseite des Hirnrohres in der Medianlinie) und vorderer Scheitelkrümmung ist nicht unveränderlich. Das Tuberculum posterius begrenzt von caudal her als Hirnbodenverdickung die Vorwölbung des Infundibulargehirnes. Zwischen vorderer und hinterer Scheitelkrümmung liegt die „Plica encephali ventralis" (Kupffer) des Hirnbodens. Ihr entspricht das Mesencephalonbläschen, das bereits dem hinteren Hirnschenkel zuzurechnen ist, später aber, mit der Zunahme des Winkels der hinteren Scheitelkrümmung, der Konvexität der letzteren gerade gegenüber liegt. Dann rückt auch das Tuberculum posterius vor den Sulcus dia-mesencephalicus, der dorsale Teil des vorderen Hirnschenkels wächst entsprechend der ventralen Knickung. Die weitere Krümmungszunahme läßt die Pars infundibularis und rhombencephalica sich einander stark nähern, dadurch wird wieder die Basis des Mesencephalon verhältnismäßig verkürzt, während das Hirnbläschen selbst noch weiter frontal rückt und zum größten Teil in den vorderen Hirnschenkel übergeht (bei Reptilien Caudalverschiebung — Tandler!). Die Fissura rhombo-infundibularis, zunächst scheitelwärts gerichtet, wird infolge der Dickenzunahme der basalen Hirnteile am Rhombencephalon dorsalwärts gedrängt, diese Verdickung bedingt gleichzeitig die ventrale („Brücken"-) Beuge und eine Dorsalverlagerung ventraler Hirnteile. Allmählich nimmt die Fissura rhombo-infundibularis an Tiefe ab, der Winkel zwischen Achse des Rhombencephalon und Diencephalon vergrößert sich (Rückbildung der Kopfbeuge — Haller), wodurch die Entfaltung des Infundibulargehirns gefördert wird, das sich auch weiterhin dem Rhombencephalon direkt anlegt. Der Winkel zwischen Endhirn- und Mittelhirnachse (Endhirnbeuge — Haller) ist bei Scyllium größer als bei Acanthias, infolgedessen liegt noch in späteren Stadien das Diencephalon direkt dorsal vom Recessus opticus, der Sulcus telo-diencephalicus steigt schief nach oral und ventral ab, später allerdings läuft er rein dorso-ventral über dem Recessus opticus, unter Caudalverschiebung des Diencephalon und Zunahme der Entfernung zwischen Infundibulum und Recessus opticus. Die Entfaltung des Telencephalon einerseits, des Cerebellum andererseits bedingt dann zunächst eine Einengung des Mesencephalon, die erst später einer Streckung Platz macht und zu einer Abflachung der Fissura meso-prosencephalica führt, an deren Grunde ein dem Telencephalon + Diencephalon zugleich angehörender Hirnabschnitt mit teilweise ependymärer Dorsaldecke zutage tritt. Die enge Nachbarschaft von Telencephalon und Cerebellum verhindert die Ausbildung der Paraphyse und des Paraphysenpolsters. — Die morphologische Differenzierung der einzelnen Hirnabschnitte vollzieht sich in folgender Weise: Das Vorderhirnbläschen (Prosencephalon) grenzt sich gegen das Mittelhirn bereits in frühen Stadien durch Furche (außen) und Vorwölbung von der vorderen Scheitelkrümmung aus (innen) ab und läßt auch schon vier verschiedene Abteilungen: Telencephalon, Diencephalon, Opticushirn und Pars infundibularis in der Anlage erkennen. Ein Sulcus telodiencephalicus trennt dorsal das Telencephalon vom Diencephalon, ventral vom Opticushirn, während der Infundibularteil einer seichten Einziehung des oralsten Teiles der Wand des Vorderhirnbläschens seinen Ursprung verdankt. Der dorsale Abschnitt des Sulcus telodiencephalicus vertieft sich dann zum Velum transversum mit der Eminentia telodiencephalica und einem Plexus chorioideus beim Übergang in die verdickte Wand des Hirnbläschens, das letztere teilt sich durch eine Sagittalfurche,

Digitized by Google

die Anlage der „Mantelspalte", in zwei Hemisphären. Später verschwindet die letztere mit der Dickenzunahme der Paries terminalis und gleichzeitig auch die mit der Mantelspalte eng verbundene Sichelbildung („Falx cerebri"). Dieses Verschwinden läßt sich nach H. am besten durch die von Hochstetter für das menschliche Gehirn gegebene Erklärung — gegenseitige Verbindung der die Mantelspalte begrenzenden Zellen mit Anschluß an die frontale Fläche der Commissurenplatte, Zunahme des sagittalen Durchmessers der letzteren, Rückbildung oder Verschiebung der angrenzenden Randpartie der embryonalen Falx cerebri — verstehen. Jedenfalls findet keine Durchsetzung der Sichel durch frei von einer Hemisphärenwand zur anderen herüberziehende Zellbrücken statt, wie sie Zuckerkandl bei Ratten beschrieben hat. Der Hohlraum des Telencephalon besteht aus den beiden Seitenventrikeln und dem Ventriculus impar, der caudal in den des Diencephalon, frontal in den des Opticus, lateral in die Seitenventrikel übergeht und dessen laterale Wandverdickung die Prominentia telodiencephalica, der Ausgangspunkt der späteren Striatumentwicklung, bildet. Die Hinterwand des Ventriculus impar besteht aus dem Velum transversum und dorsal davon aus dem epithelial gebliebenen Wandteil des Telencephalon, dem „Septum praevelare". Die verdickte Vorderwand und Decke des Telencephalon, nebst Septum praevelare und vorderer Lamelle des Velum transversum bezeichnet H. nach dem Vorgang von Tandler und Kantor als „Paries terminalis". Der vor dem Septum praevelare gelegene Abschnitt zerfällt durch den Recessus neuroporicus in eine dünnere dorso-caudale Lamina supraneuroporica und eine durch besondere Verdickung (Torus transversus) ausgezeichnete frontale und ventrale Lamina infraneuroporica. In späteren Stadien schiebt sich die Hirnmasse an der caudalen Seite des Septum praevelare weiter medialwärts vor, so daß dessen lateraler Teil von vorn der verdickten Hirnwand anliegt und das ganze Septum verschmälert erscheint. Während der Paries terminalis zunächst Boden, Vorderwand und Decke des Telencephalon bildet, bleibt der Bodenteil später im Wachstum zurück, die Vorderwand steigt unmittelbar vor dem Chiasma dorsalwärts, der dorsale Teil dehnt sich dagegen weit caudalwärts aus und überwölbt kuppelartig das Telencephalon impar. Der Ventriculus impar verkleinert sich durch die Wandverdickung, das Velum transversum wird durch die von caudaler Seite her andrängende Habenula gegen die Vorderwand des Ventrikels vorgebuchtet (fast bis zur Berührung). Der schmale Spalt des Ventriculus impar erweitert sich dorsal zum Foramen Monroi, das die Kommunikation mit den Seitenventrikeln herstellt und dessen Wandung sich später besonders vorn und oben stark verdickt. Sein Boden, ursprünglich in der Höhe des freien Velumansatzes, wird durch das Wachstum der Prominentia telo-diencephalica mit dem Corpus striatum bis zur Höhe des oberen Velumendes gehoben. Auch die Seitenwände des Opticushirns verdicken sich in späteren Stadien und reduzieren das Lumen des Recessus opticus zu einem schmalen Spalt. Während seine Vorderwand sich fast bis zur Epithelialmembran verdünnt, nimmt das frontal vom Recessus gelegene Chiasma enorm an Masse zu. Als Regio oder Pars infundibularis bezeichnet H. mit Kupffer und Haller die ganze Region ventral vom Tuberculum posterius und dem Chiasma opticum, deren frontalen Abschluß die Lamina postoptica bildet. Recessus postopticus heißt der Winkel zwischen ihr und dem Chiasma, Lobus posterior die Ausbuchtung hinter dem Tuberculum posterius, Infundibulum die Bucht zwischen der Lamina postoptica und der ansteigenden Hinterwand der Pars infundibularis. Bei älteren Embryonen vertieft sich das Infundibulum zum Recessus infundibuli, dem caudal der Saccus vasculosus anliegt. Die zunächst flache Ausbuchtung der hinteren Prosencephalonwand, die als Anlage des Infundibularteils gelten kann, wird später durch Vorbuchtung der Lamina postoptica gegen das Hirnlumen infolge Anlagerung der Hypophysenfläche deutlicher und schärfer begrenzt, nach den Seiten verbreitert sich die median gelegene Bucht des Infundibulum, geht beiderseits in lateral allmählich verstreichende Rinnen über, vertieft sich zum Recessus infundibuli und wölbt nach außen den „Processus infundibuli" (Hochstetter) vor, der caudal vom oberen Ende der Hypophysentasche liegt. Der Recessus infundibuli besitzt beiderseits seitliche Ausbuchtungen (Recessus laterales infundibuli) und setzt sich scharf gegen die Lamina postoptica, weniger scharf gegen den Lobus posterior ab. Seine Vorderwand legt sich der Adenohypophyse so enge an, daß in älteren Stadien keine Zellgrenze mehr nachweisbar ist. Bei älteren Embryonen nimmt die Lamina postoptica an Länge zu, die Distanz zwischen Chiasma und Recessus infundibuli wächst, dagegen bleibt der Zugang zur Pars infundibularis infolge starker Entwicklung des Tuberculum posterius und der lateralen Hypothalamusteile eng, ebenso wird der Hohlraum der Pars infundibularis dadurch verkleinert. Lateral vom Recessus infundibuli befindet sich der Zugang zum Recessus lateralis sacci vasculosi und darüber der Eingang in den Sinus superior, den Hohlraum des Lobus posterior, der sich caudalwärts bis unter die Commissur des Tuberculum posterius erstreckt. Am Diencephalon verschwinden die an jungen Stadien deutlichen Grenzen bis auf das Velum transversum, es geht der basale Teil der Prominentia telo-diencephalica in den Massen der Hirnpartien oral vom Foramen Monroi auf, die Prominentia dia-mesencephalica in der Dickenzunahme der diencephalen Wand, das Lumen wird enger als das des Mesencephalon. Eine in jungen Stadien vom Tuberculum posterius ausgehende Hervorwölbung, die sich bis an das Dach des Hirnrohrs hinter der Epiphyse erstreckt („Prominentia habenularis") teilt das Zwischenhirn in eine vordere Pars parence-

Digitized by Google

phalica und eine hintere Pars synencephalica ,sie verdickt sich oben zur Habenula. Der schmale Spalt zwischen dieser und dem Parencephalon bzw. dem Velum transversum wurde von Kupffer als Sulcus parencephalicus bezeichnet. Die durch die Habenula nach außen vorgewölbte Diencephalonwand, das Parencephalon, läuft cranial ohne Dach in eine Spitze aus, auch die Pars synencephalica hat kein eigentliches Dach, dicht hinter der Epiphyse beginnt mit der Commissura posterior das Mittelhirn. Es besteht keine Grenzfurche zwischen Thalamus und Hypothalamus. Die Beschreibung des Diencephalon beim erwachsenen Scyllium entspricht der von Sterzi und anderen Autoren, besonders auch von Edinger gegebenen. Das Mittelhirn bleibt lange eine weite, stark aufgetriebene Blase, die allmählich vom caudalen Schenkel des Hirnrohrs sich nach dem oralen Schenkel hin verschiebt. Während die Distanz zwischen der vorderen und hinteren Scheitelkrümmung sich vergrößert, bleiben die beiden Grenzfurchen des Mittelhirns in ihrer ursprünglichen Lage und treffen daher die Medianlinie im Bereiche der hinteren Scheitelkrümmung. Während der Boden des Mittelhirns im Wachstum zurückbleibt, dehnen sich die Wände dorso- und ventrolateral stark aus. Eine Sagittalfurche teilt die dorsale Wand in eine rechte und linke Hemisphäre, während am Boden neben der Medianlinie beiderseits ein sagittaler Wulst entsteht. Dicht hinter der Anlage der Commissura posterior findet sich bei jungen Embryonen eine Ausbuchtung des Mittelhirnhohlraums, die von langen Zellen ausgekleidet ist und Hochstetters „Recessus postcommissuralis" entspricht. Die Kerne dieser Zellen liegen, im Gegenteil zu denen der Ependymzellen, im basalen, vom Lumen abgewandten Zellteil. Der Recessus vertieft sich später zu einem sagittalen Spalt und, bei partieller Verwachsung der Seitenwände, zu einem Blindsack bzw. bogenförmigen Kanal. Aus der caudalen Umrandung des Recessus geht anscheinend der Reißnersche Faden hervor. Gegen die Cerebellumanlage grenzt sich das Mittelhirndach durch einen flachen Sulcus meso-rhombencephalicus oder Sulcus mesen-metencephalicus ab (Schaper). Bei älteren Embryonen liegt die Trochleariskreuzung vor dieser Furche, bei jüngeren wohl caudal von ihr. Die caudale Kleinhirngrenze wird lateral bei jungen Embryonen durch abrupten Übergang in die epitheliale Decke des 4. Ventrikels gebildet, während sie in der Sagittalebene ganz fließend ist. Wie schon Hochstetter anführte, darf die bilateral-symmetrische Verdickung der Kleinhirnplatte nicht zur Annahme einer paarigen Kleinhirnanlage führen, vielmehr ist die Platte, aus der das Kleinhirn hervorgeht, unpaar, nur verdicken sich sehr bald ihre Seitenteile. Durch dorsale Aufbiegung des caudalen Endes dieser Platte entsteht eine Horizontalfurche, deren caudale Wand Kleinhirnsubstanz enthält („hintere Kleinhirnfalte"). Die laterale Begrenzung der Kleinhirnplatte gegen das Mittelhirn läßt sich schon frühzeitig durch das Aufhören der Purkinje-Zellenschicht nachweisen. Das craniale Auswachsen der Rautenohren, an die sich laterale Cerebellumteile anlegen, ferner das caudale Wachstum des Corpus cerebelli komplizieren später die Grenzen und Beziehungen zur epithelialen Decke des 4. Ventrikels, insbesondere den Übergang der Valvula cerebelli posterior in diese Rautenhirndecke. Die ventrikularwärts gerichteten longitudinalen Wülste des Corpus cerebelli verkleben bei älteren Embryonen zuweilen auf größere Strecken und wandeln den offenen Ventrikel des Kleinhirns zu einem Canalis cerebelli um. Die Entwicklung des Rhombencephalons bietet keine erwähnenswerten Besonderheiten. *Wallenberg* (Danzig).

Saller, K.: Die Rassen der jüngeren Steinzeit im Donaustromgebiet. Mit einem Anhang: Der Schädel von Safferstetten als eine neandertaloide Bildung im Spätneolithicum Bayerns. (*Anthropol. Inst., Univ. München.*) Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 1: Zeitschr. f. Anat. u. Entwicklungsgesch. Bd. **77**, H. 5/6, S. 515—571. 1925.

Interessiert in der Hauptsache nur den Anthropologen. Allgemeineres Interesse dürften die Ausführungen des Verf. beanspruchen, mit denen er gleich Stolyhwo gegen Schwalbes Ziehung einer Grenzlinie zwischen dem Neandertalmenschen und dem „Homo receus" als künstlicher Scheidung Stellung nimmt. Der Neandertalkreis ist nach Verf. nicht ausgestorben, sondern von neuen Formen abgelöst worden, teils dadurch, daß er sich mit ihnen gekreuzt hat, teils dadurch, daß diese sich erst aus ihm entwickelt haben. Dafür spricht auch die Häufung von Neandertalmerkmalen an dem in der Abhandlung beschriebenen Safferstettener Schädel, bei dem es sich nicht um einen reinen Neandertaler handeln kann, da er viele von diesem abweichende Eigentümlichkeiten aufweist und auch die Zeit, der er angehört, von schon weit höher gebildeten Formen ausgefüllt wird. *Stern-Piper* (Solingen).

Foix, Charles, et Pierre Hillemand: Les artères de l'axe encéphalique jusqu'au diencéphale inclusivement. (Die Arterien des Hirnstammes bis zum Zwischenhirn einschließlich.) Rev. neurol. Jg. **32**, Bd. **2**, Nr. 6, S. 705—739. 1925.

Die Untersuchungen stützen sich zumeist auf einfache Präparation lange Zeit in Formol fixierter Greisengehirne, ferner auf Injektionspräparate, die teils direkt, teils radiologisch (schattengebende Masse: Collargol + Tierserum), teils mikroskopisch auf Serienschnitten untersucht wurden, endlich auf das Studium von Erweichungsherden nach Arterienverschluß. Die arterielle Versorgung des Hirnstammes wird nach den Ergebnissen der Verff. durch 3 Arteriengruppen geliefert: 1. Paramedianarterien, die die Gehirnoberfläche etwas außen von der Mittellinie erreichen und die medianen Arterien Durets abgeben. 2. Kurze Circumferential-

Digitized by Google

arterien: entspringen aus der Basilaris oder Vertebralis oder ihren Ästen und versorgen die vorderen seitlichen Abschnitte des Rautenhirns. 3. Die langen Circumferentialarterien (die 3 Aa. cerebellares und die quadrigeminalis) streben der Dorsalfläche zu, die hier vom Kleinhirn und von den Vierhügeln gebildet wird. — Am einfachsten und am besten diesem Schema entsprechend liegen die Dinge an der Brücke. Hier werden die Py-Bahnen, die Brückenkerne und -fasern und der mediane Schleifenabschnitt von den paramedianen, die Brückenarme und die lateralen Schleifenbezirke von den Circumflexae breves versorgt, die langen Circumferenzarterien (cerebellaris media und superior) führen ihr Blut dem Kleinhirn und den Bindearmen zu. Etwas komplizierter ist die Arterienverteilung an der Medulla oblongata. Die lange Circumflexa stellt die Cerebellaris inferior dar, die den lateralen Abschnitt des unteren Bulbus mit versorgt, während der obere laterale Oblongatabezirk sein Blut aus einer kurzen Circumferentialarterie, der A. fossae lateralis bulbi, erhält, zu der sich oft noch mehrere akzessorische Arterien gesellen. Erweichung in dieser letztgenannten Region gibt ein klinisches Bild, das neben Hemiparese und contralateraler Thermohypästhesie durch eine Velo-palato-pharyngealparaplegie bei intakter Stimmbandbewegung ausgezeichnet ist. Dies Syndrom ist nach Verff. nicht, wie Wallenberg angibt, einer Verlegung der Cerebellaris postero-inferior zuzuschreiben, sondern der Basilaris oder Vertebralis oder beider, wobei die Undurchgängigkeit der erwähnten A. fossae lateralis bulbi die Hauptrolle spielt. Auch die Versorgung der Wand des 4. Ventrikels läßt — wenigstens im Oblongataabschnitt — jene Dreiteilung erkennen: Die Paramedianarterien für den medialen Abschnitt mit den motorischen Kernen, die kurzen Circumferentiales für einen sehr kleinen mittleren Abschnitt und die langen = A. cerebellaris inferior für den an das Corpus restiforme angrenzenden Abschnitt. Im Brückengebiet ist die Versorgung der Ventrikelwand viel komplizierter und noch nicht endgültig geklärt. Im Gebiet der Hirnschenkel bestehen folgende Besonderheiten: 1. Durch das Auseinanderweichen dieser Gebilde kommen Teile, die theoretisch von Paramedianarterien versorgt werden sollten, unter den Einfluß von Gefäßen, die kurzen Circumferentiales entsprechen. 2. Statt der langen Circumferentiales finden sich hier mehrere Arterienbogen: A. cerebellaris superior, quadrigeminalis, chorioidea posterior und cerebri posterior, die vor allem die Vierhügel versorgen, deren Gebiet aber zumeist nicht auf den Hirnstamm beschränkt ist. 3. Viele kurze Circumferentiales gehen von diesen Bogenarterien ab. Die eigentlichen Paramedianarterien versorgen das Retromammillär-Gebiet. Im Thalamusgebiet würden — wobei aber offenbar das Schema schon nicht mehr recht genügen will — den Paramedianarterien Zweige entsprechen, die durch den Raum zwischen Tract. opticus und Hirnschenkeln aufsteigen, den kurzen Circumflexae ein Ramus-thalamo-geniculatus, den langen die Aa. chorioideae. Im ganzen sind 6 versorgende Stämme zu unterscheiden: 1. und 2. Ram. prae- und retromamillaris, 3. Ram. thalamo-geniculatus am äußeren unteren Thalamusrand zwischen den Corp. geniculata, 4. Ram. chorioideus an der Ventrikeloberfläche, 5. Ramus lenticulo-opticus an der äußeren oberen Thalamuswand, 6. Ramus pulvinarinus. 2 und 3 entspringen aus der Cerebri posterior, 1 aus der Communicans poster., 5 aus der A. fossae Sylvii, 4 und 6 aus den Chorioideae. Hervorzuheben ist das klinische Syndrom nach Verlegung des Ramus thalamo-perforat., eines Astes von 2, das — als rubrothalamisches Syndrom — durch ein Überwiegen cerebellarer Störungen und durch Hemiintentionstremor ausgezeichnet ist. Verff. betonen ferner die geringe Bedeutung der A. lenticulo-optica für die Thalamusversorgung. Verschluß der A. cerebri media, von der jene abgeht, läßt den Thalamus unberührt. Die eigentliche Arterie des Zwischenhirns ist die A. cerebri poster. Die Regio subthalamica teilt sich in 3 Arteriengebiete, in das der Chorioidea anterior, der Cerebri poster. und der Communicans poster. Welche von diesen dreien für das Corpus Luysi in Frage kommt, ist noch nicht sicher zu entscheiden. Die große Vielseitigkeit der Versorgung des Diencephalon wird von Verff. auf die Rückbildung der A. communic. poster. zurückgeführt. Diese — im Embryonalleben sehr bedeutsame — Arterie gibt später einen großen Teil seines Rayons einerseits für das Telencephalon an die Carotis, andererseits für das Mittelhirn an die Basilaris mit der A. cerebri posterior ab. Das Zwischenhirn bildet ein Zwischenglied zwischen beiden. Viele Einzelheiten siehe im Original. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Stadtmüller, Franz: Filterfortsätze und Sinnesknospen an dem Hyobranchialapparat einiger Urodelen (Necturus, Spelerpes, Desmognathus). (*Anat. Inst., Univ. Göttingen.*) Gegenbaurs morphol. Jahrb. Bd. 55, H. 3, S. 382—401. 1925.

Auf den Bronchialbogen der Teleostier kennt man besonders seit Zanders Untersuchungen papillenförmige Erhebungen, die beim Aneinanderlegen der Kiemenbogen an der inneren Öffnung der Schlundspalten ineinander greifen und nach Art von Reusen wirken („Filter- oder Siebfortsätze"). Ganz ähnliche Gebilde hat nun Stadtmüller auf den Bronchialbogen von Urodelen-Larven (Salamandra, Siredon, Necturus, Triton, Spelerpes, Desmognathus) in verschieden starker Ausbildung, am wenigsten bei Spelerpes und Desmognathus, gesehen. Sie enthalten Sinnesknospen und werden von St. als Homologa von Zahnanlagen angesehen. Ihre Bildung geht vom Ektoderm aus. *Wallenberg* (Danzig).

Norris, H. W.: Observations upon the peripheral distribution of the cranial nerves of certain ganoid fishes (Amia, Lepidosteus, Polyodon, Scaphirhynchus and Acipenser.)

Digitized by Google

(Beobachtungen über die peripherische Verteilung der Kopfnerven einiger Ganoiden.) Journ. of comp. neurol. Bd. **39**, Nr. 3, S. 345—432. 1925.

Die Arbeit bringt eine genaue, durch Abbildungen veranschaulichte Darstellung der peripheren Verteilung der Kopfnerven einiger Ganoiden. Es werden ausführlich besprochen die Augenmuskelnerven und der Ramus ophthalmicus profundus, der Trigeminus und Facialis, die Sinnesorgane des Seitenliniensystems und ihre Innervation, die Zusammensetzung eines Branchialnerven, der Glossopharyngeus, der Vagus, die Dorsaläste des Vagus, die Anastomosen des Vagus mit dem Facialis, Acusticus und Glossopharyngeus, die Branchialnerven des Vagus, die Hypobranchialnerven. Es ist unmöglich, die Einzelheiten dieser mühsamen Arbeit in einem Referate wiederzugeben. Nach Ansicht des Autors bilden die Chondrostei nach der Beschaffenheit ihres Nervensystems die primitivste Gruppe der existierenden Teleostomier.

Jacobsohn-Lask (Berlin-Lichterfelde).

Turbin, W.: Zur Frage der Nervenanastomosen der Schultergegend. Novaja chirurgija Jg. **1925**, Nr. 1, S. 37—46. 1925. (Russisch.)

Turbin hat in 3 Fällen ungewöhnliche Nervenanastomosen an den oberen Extremitäten beobachtet, und zwar zwischen Ulnaris und Medianus, zwischen Medianus und Muskulocutaneus und Medianus und Cutaneus antibrachii medialis. Wird der Nerv distalwärts von der Anastomose geschädigt, dann muß diese Schädigung als partielle betrachtet werden. Je nach dem Charakter der Anastomose kann sich die motorische oder sensible Funktion der Nerven wieder herstellen. *M. Kroll.*

Lambert, Avery E.: A rare variation in the pectoralis minor muscle. (Eine seltene Variation des M. pector. minor.) Anat. record Bd. **31**, Nr. 3, S. 193—200. 1925.

Der Pectoralis minor entsprang in einem Fall von der 3. und 4. Rippe und inserierte zwischen Schlüsselbein und der Membrana costocoracoidea. *E. Loewy-Hattendorf.*

Lubosch, W.: Drei kasuistische Beiträge zur Anatomie der Cubitalgegend. (Seltene Gefäß- und Nervenanomalien, ausgebildeter Kollateralkreislauf.) Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **194**, H. 1/2, S. 105—113. 1925.

Gegenüber der als unverbrüchlich bekannten Lage des N. ulnaris hinter dem medialen Epicondylus humeri zeigt Verf. in einem Falle, daß der Ulnaris in seiner ganzen Länge auf der Beugefläche gelagert, die Rinne hinter dem Epicondylus leer ist; es fanden sich keine sonstigen Abweichungen am Arme. Die tiefe Gesetzmäßigkeit, die die Lage der Nerven beherrscht, macht es wahrscheinlich, daß für die Lagerungsanomalie morphologische Gründe vorliegen, es sich nicht um eine morphologisch bedeutungslose Abweichung handelt. In den beiden anderen Fällen handelt es sich in dem einen um einen gewöhnlichen Verlauf der Armarterien als eine Kombination atavistischer Befunde und ontogenetischer Hemmungsbildungen, im anderen um einen ausgebildeten Kollateralkreislauf zwischen Arteria brachialis, die in ihrer Ellenbogenstrecke verkümmert ist und den in Lage und Kaliber normalen Unterarmgefäßen, wobei die drei kollateralen Bahnen als dicke, stark geschlängelte Arterien entwickelt sind.

G. Stiefler (Linz).

Marill: Court fléchisseur accessoire du gros orteil. (Kurzer akzessorischer Beuger der großen Zehe.) (*Laborat. d'anat., fac., Alger.*) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. **95**, Nr. 8, S. 247—248. 1925.

Eine kurze, aber genaue Beschreibung des Verlaufes und der Insertion der einzelnen Bündel des kurzen akzessorischen Beugers der großen Zehe. *Jacobsohn-Lask* (Berlin).

Omorokov, L.: Corpora amylacea und Krystallbildung im Gehirn. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 246 bis 258. 1925. (Russisch.)

Nach einer kurzen Erörterung der bisherigen Theorien über die Entstehung der Corpora amylacea im zentralen Nervensystem (der gliogenen, neurogenen, hämatogenen und lymphogenen) beschreibt Verf. seine eigenen diesbezüglichen Befunde in einigen Fällen von traumatischen, luischen und encephalitischen Läsionen desselben, besonders in einem Fall von circumskripter Encephalitis um einen Cysticercus von Taenia solium in der Großhirnrinde. Verf. kommt zum Schluß, daß die Corpora amylacea nicht auf allen Stufen ihrer Entwicklung die gleiche chemische Konstitution aufweisen; sie zeigen die besonders charakteristischen Reaktionen auf Jod und Schwefelsäure und die Färbung nach Besta nur dann, wenn sie definitiv gebildet sind und frei im Gewebe liegen. Sie entstehen aus Ganglienzellen und ihren Fortsätzen; in einigen Fällen kann man eine unmittelbare Umwandlung des Ganglienzellkörpers

Digitized by Google

in die Corpora amylacea verfolgen, wobei man eine schwere Erkrankung und Deformation des Kerns, Auflösung der Tigroidschollen (Chromatolyse), Auftreten von sphärisch-regelmäßigen Kugeln (Sphärokristalloiden) und Kristallen in vorher amorphen Protoplasmamassen als Stufen dieser Umwandlung nacheinander beobachten kann. Ähnliche Vorgänge spielen sich auch an den Nervenfasern ab, die an manchen Stellen aufquellen und sich fragmentweise abschnüren. In anderen, langsamer verlaufenden Fällen werden die Produkte des Zerfalls von Ganglienzellen und Nervenfasern von Gliazellen aufgenommen, innerhalb deren sich dann ähnliche Prozesse abspielen, bis schließlich die Gliazelle zerfällt und die Corpora amylacea frei ins Gewebe zu liegen kommen. Bei solchen Vorgängen spielen die Chondrosomen der Nervenzelle und Nervenfaser und wohl auch Elemente des Ganglienzellkerns wahrscheinlich eine wesentliche Rolle. *M. Minkowski* (Zürich).

Simson, T.: Hemiaplasie. (Unvollständige Entwicklung einer Körperhälfte.) Žurnal po izučeniju rannego detskogo vozrasta Bd. **3**, Nr. 2, S. 155—158. 1925. (Russisch.)

Simson hatte ein 3monatiges Kind mit linksseitiger Aplasie beobachtet. Das bezog sich auf die Knochen des Schädels und Gesichts mit Ausnahme des Hinterhaupts, dessen linke Hälfte stärker entwickelt war als die rechte. Die Extremitäten waren links kürzer und etwas dünner (nur 0,2—1 cm). Auch das Unterhautgewebe, die Muskulatur, Scrotum und Testikulum war rechts besser entwickelt als links. Sonst nichts Abnormes. Den größeren Umfang der rechten Hälfte des Hinterhaupts will Verf. mit der größeren Entwicklung der rechten Hälfte des Kleinhirns in Zusammenhang bringen. *M. Kroll* (Minsk).

Normale und pathologische Physiologie.

Karger, Paul: Über den Schlaf des Kindes. (*Univ.-Kinderklin., Berlin.*) Abh. a. d. Kinderheilk. u. ihren Grenzgeb. Jg. **1925**, H. 5, S. 1—50. 1925.

Die Kurve der Schlaftiefe, wie sie nach dem Vorgang von Kohlschütter durch Mönnighoff und Priesberger, Michelson (an Kraepelins Dorpater Klinik), Canestrini, Czerny u. a. an Erwachsenen und Kindern mit Hilfe von (akustischen, faradischen usw.) „Weckreizen" ausgeführt wurden, stellen ein Mosaik von Werten aus Resultaten verschiedener einzelner, zumeist aufeinanderfolgender nächtlicher Schlafzeiten dar, da ja jede Weckung den Schlaf zerstört und die weitere Folge des Schlafes atypisch macht. Eine Gesetzmäßigkeit in der Schlaftiefe für das Individuum ist auch nur dann anzunehmen, wenn die „Dormition" (Trömner), d. h. die Art des Schlafes in jeder Nacht, für den Einzelnen konstant ist. Dies trifft aber für das Kind nicht zu. Die Untersuchungen des Autors gehen darauf aus, gewisse Eigenschaften des kindlichen Schlafes in seinem Verlaufe zu erforschen, ohne den Schlaf zu zerstören. Anschließend an die Beobachtung Kußmauls, daß Säuglinge bei Annäherung eines Lichtes im Schlafe eine Blinzelbewegung machen, sucht Karger die Schlaftiefe zu bestimmen durch Annäherung eines Lichtes von bestimmter Lichtstärke. Je näher das Licht an die Augen herangebracht werden muß, bis der Blinzelreflex eintrifft, um so größer ist die Schlaftiefe. Die eigentliche Untersuchung Kargers geht auf die Verhältnisse der Schlafruhe und der Schlafbewegungen, die er experimentell untersucht und zu verschiedenen bedingenden Faktoren in Beziehung setzt. Er bedient sich als Versuchsanordnung eines sog. „Schlafaktographen", der eine Schreibvorrichtung nach Art eines meteorologischen Barographen hat und auf den gröbere Bewegungen des Kindes während des Schlafes mit Hilfe einer Kapselübertragung vom Bettfuß aus übermittelt werden. Die Kurven zeigen eine hinreichende Korrelation zwischen den Aktogrammen und den durch Beobachtung gewonnenen Schlaftiefenkurven. Es zeigt sich, daß sich um eine Periode stärkere Aktivität während des Schlafes herum auch der Schlaf selbst als flacher erweist. Wenn also auch bei manchen normalen Kindern kurz nach dem Einschlafen und kurz vor dem Aufwachen demgemäß stärkere und gehäuftere Aktivitätsausschläge vorhanden sind, so muß doch aus den Aktogrammen auch bei solchen Kindern auf zahlreiche Verflachungen des Schlafes ohne Unterbrechung desselben geschlossen werden.

Digitized by Google

Was die „Dormition" betrifft, so ist diese nur bei einem Teil der Kinder konstant und offenbar auch nur dann, wenn nicht etwa besondere Ereignisse am Vortage oder am Abend vor der untersuchten Zeit (Besuchzeiten in der Klinik, Abendarbeit, Märchenerzählungen am Abend, aufregende Vorkommnisse vor dem Schlafengehen) eingetreten waren oder das Kind vielleicht in ein ungewöhntes Milieu (z. B. einen Isolierraum der Klinik) gekommen war. Solche Ereignisse drücken sich in einer entschiedenen Veränderung der Aktivitätskurve, mithin auch der Schlaftiefe, aus. Auch nach Unterbrechung des Schlafes zeigt der folgende Abschnitt des Schlafes eine wesentlich lebhaftere Aktivitätskurve als gewöhnlich. Vom Temperament des Kindes ist der Schlafaktogramm stark abhängig, ohne daß deshalb die „Schlafgüte" (d. h. die erholende Wirkung des Schlafes) sich verschieden zu zeigen brauchte. Ruhige, schüchterne Kinder haben geringe Aktogrammschwankungen, lebhafte Kinder sehr starke. Unter Schwachsinnigen haben die torpiden Kinder fast gar keine Schwankungen, während die versatilen Idioten auch im Schlafe ihre übermäßigen Bewegungen nicht ganz verlieren. Die Einflüsse von Licht und Wärme auf die Schlafbewegungen sind gering. Während der Gewitter treten starke Bewegungen auf, ohne daß das Kind dabei aufzuwachen braucht. Interessant sind die Aktogrammkurven nach Einwirkung von Arzneimitteln und unter pathologischen Einflüssen. In der Narkose hören die Schlafbewegungen vollkommen auf, ein grundsätzlicher Unterschied zwischen Schlaf und Narkose. Chloralhydrat, das nach den Kraepelinschen Untersuchungen den Schlaf vertieft, bewirkt keine Veränderung des Aktogramms, Luminal hat in der ersten Nacht nach der Gabe keine Änderung der Bewegungskurven, in der folgenden Nacht dagegen eine narkoseähnliche Aktogrammkurve zur Folge. Brom setzt die Schlafaktivität herab, nicht dagegen tun dies protrahierte Bäder, Milchsäuremedikation usw. Schlafverhindernde Mittel wie das Atropin und Coffein bewirken neben einer Verflachung der Schlaftiefe sehr lebhafte Bewegungskurven. Fieber und Nahrungsentzug führen zu einer Beruhigung der Aktogrammkurve, Schmerzen zu einer stärkeren Bewegungsunruhe. Beim Kind mit Encephalitis lethargica ist geringere Schlaftiefe und erheblich stärkere Unruhe als beim normalen Kind zu sehen. Krämpfe und nächtliche epileptische Anfälle ergeben keine charakteristischen Kurven. — Im ganzen kann von den interessanten Versuchen gesagt werden, daß sie für den Fall, daß sich die Methoden bewähren und einer Verfeinerung und Variierung zugänglich sind, gegenüber den früheren Versuchen mit Weckreizen im „experimentellen Schlaf" einen wesentlichen Fortschritt darstellen, auch in der Anwendung auf den Erwachsenen.

E. Feuchtwanger (München).

Gallerani, G.: Influenza della sfera psico-ottica e dei centri psicomotori sulla respirazione. (Einfluß der psycho-optischen Sphäre und der psychomotorischen Zentren auf die Atmung.) (*Istit. di fisiol., univ., Camerino.*) Ann. di ottalmol. Jg. **53**, H. 1, S. 6—14. 1925.

Verf. experimentiert mit Hunden und Kaninchen in nicht zu tiefer Chloroform-, Äther- oder Chloralhydratnarkose. Die Wahl des Narkoctiums ist wichtig, da z. B. Chloralhydrat die Erregbarkeit der subcorticalen Exspirationszentren steigert. — Verf. kommt zu folgenden, durch Kurven belegten Resultaten: 1. In der psychooptischen Sphäre, u. zw. beim Hunde zwischen der 1. und 2. Occipitalwindung, beim Kaninchen in der Nähe des rudimentären Sulc. occipit. befinden sich Bahnen, deren leichte elektrische Reizung Veränderungen der Atmung hervorruft (etwas seltenere, hauptsächlich inspiratorisch vertiefte Exkursionen). Dies geschieht auch nach Entfernung der vorderen psychomotorischen Zone. Bei Anwendung von Chloralhydrat ergeben stärkere Reize eine Vertiefung auch des Exspiriums. Cocainisiert man diese Gegend, bleiben die Reaktionen aus. Aus alledem folgt, daß die psycho-optische Sphäre nicht nur durch Vermittlung der psycho-motorischen, sondern auch direkt mit subcorticalen Atemzentren in Verbindung steht. 2. Beim Kaninchen fand Verf. im vorderen Teil des Gehirns, zwischen dem Kieferzentrum und dem Punkte, der dem Lidschluß-

Digitized by Google

zentrum beim Hunde entspricht, eine Stelle, deren Reizung Atemstillstand in der Exspirationsstellung bewirkt. Stillstand in Inspirationsstellung oder vertiefte Inspiration bekommt man von einer Stelle aus, die etwas nach oben und vorne vom Lidöffnungszentrum des Hundes liegt. 3. Es existiert also außer einer corticalen willkürlichen auch eine corticale unwillkürliche, „sensationelle und emotionelle" Beeinflussung der Respiration in den psychosensitiven Rindenregionen, u. zw. für Ex- und Inspiration getrennt. *Josef Wilder* (Wien).

Ferri, Guido: Qualche osservazione relativa alla tecnica degli interventi operatori sperimentali sul cervelletto. (Bemerkungen zur Technik experimenteller operativer Eingriffe am Kleinhirn.) (*Laborat. di fisiol., univ., Firenze.*) Arch. di fisiol. **Bd. 23,** H. 2, S. 183—191. 1925.

Um festzustellen, ob und in welchem Maße an den Ausfallserscheinungen nach experimentellen Kleinhirnläsionen die operative Freilegung an sich beteiligt ist, wurde an Versuchstieren das Kleinhirn freigelegt, eine Zeitlang der Luft ausgesetzt und hierauf die Operationswunde wieder verschlossen. Das Ergebnis war, daß bei exakter Technik weder funktionelle Ausfallserscheinungen noch anatomische — histologische — Veränderungen an dem freigelegten Kleinhirn nachweisbar sind. Folgende Bedingungen sollen beachtet werden: Breite Knochenöffnung mit möglichst gleichmäßigen Rändern; Naht der Dura; Blutstillung mit einer Wachsmischung, die nicht zu tief in den Sinus lateralis eindringt; sorgfältige Reinigung des Operationsfeldes von Wachs- und Knochenstücken. *Erwin Wexberg* (Wien).

Undritz, W.: Über den Einfluß der Unterbindung der Vena jugularis bei experimenteller Sinusthrombose. (*Klin. f. Ohren-Nasen-Halskrankh., milit.-med. Akad., Leningrad.*) Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. **Bd. 13,** H. 2, S. 204—222. 1925.

Durch Auflagerung eines Tampons, der mit Bakterienkulturen getränkt war, auf den Sinus transversus von Hunden wurde eine Sinusthrombose erzeugt. Auf deren Verlauf hatte die Unterbindung der Hauptabflußgefäße keinen merklichen Einfluß. Verf. betrachtet daher bei akuter Sinusthrombose die Unterbindung als überflüssig. Nach seiner Meinung ist die Unterbindung der Vena jugularis nur dann anzuwenden, wenn die eitrige Entzündung schon auf die Jugularis selbst übergreift, oder höchstens auch dann, wenn der Bulbus von unten drainiert werden soll. *E. Spiegel* (Wien).

Bender, Lauretta: Experimental production of gliosis. I. Effects on the nervous system of the rabbit of intravenous and intraspinal injections of cholesterol emulsion. (Experimentelle Erzeugung einer Gliose. I. Wirkung intravenöser und intralumbaler Cholesterininjektionen auf das Nervensystem des Kaninchens.) (*State psychopathic hosp., Iowa City.*) Americ. journ. of pathol. Bd. 1, Nr. 6, S. 657—665. 1925.

Verf. ging von der Vorstellung aus, daß die Gliawucherung, die sich nach Zerfall von Nervensubstanz bei Ausschluß jedes Entzündungsreizes — z. B. bei sekundärer Degeneration — einstellt, möglicherweise durch eine Reizwirkung der Nervenzerfallsprodukte ausgelöst werde, und hat deshalb die Wirkung intravenöser und intralumbaler Injektion von Cholesterin in Emulsion auf das CNS. probiert. Es fand sich jedoch im ersteren Fall nur eine Vermehrung des Lipoidgehaltes in den Phagocyten der Meningen und perivasculären Räume sowie in schon aus anderen Gründen bestehenden Herderkrankungen (Spontanencephalitis). Bei Einverleibung des Cholesterins in den spinalen Subduralraum kommt es zu Verdickung der Dura, Vermehrung und Cholesterinspeicherung der Arachnoideazellen und einer leichten Gliawucherung am Randsaum des Rückenmarks. Lebte das Tier nach der letzten Injektion noch 5 Wochen, so fehlten jene Veränderungen. Bemerkenswert ist übrigens, daß Verf. auch nichts von den andern bekannten Folgen der Hypercholesterinämie (Aortensklerose u. dgl.) zu sehen bekommen hat. Es kann das wohl nur daran liegen, daß das Präparat oder der Einverleibungsweg ungeeignet oder die Beobachtungsdauer zu kurz war. *F. Wohlwill* (Hamburg).

Bender, Lauretta: Experimental production of gliosis. II. Reaction of brain tissue to the lipoid fractions and to the residue of brain extracts. (Experimentelle Erzeugung einer Gliose. II. Reaktion des Hirngewebes auf die Lipoidfraktionen und den Rück-

Digitized by Google

stand von Hirnextrakten.) (*State psychopathic hosp., Iowa City.*) Americ. journ. of pathol. Bd. **1**, Nr. 6, S. 667—675. 1925.

In dieser Versuchsserie wurde bei Hunden nach Trepanation ein Loch in der Gehirnsubstanz angelegt und hier wurden die die verschiedenen Lipoidfraktionen enthaltenden Gehirnextrakte deponiert. Nach mehreren Wochen ergab die Untersuchung, daß bei allen Epxerimenten einschließlich der Kontrolle, bei der nur der Hohlraum angelegt wurde, in dessen Umgebung die Gefäße gewuchert waren und vermehrte Endothelien und Fibroblasten aufwiesen. Bei Applikation der hauptsächlich Phosphatide enthaltenden Extrakte kam es zu Verkalkungen, was auf die Anwesenheit von Phosphorsäure und Fettsäuren bezogen wird, die beide als Kalk bindende Substanzen Verkalkung begünstigen. Phagocytenbildung wechselte mit der Ausdehnung der Blutung und Gewebszerstörung und stand im umgekehrten Verhältnis zur Kapselbildung. Letztere war am ausgesprochensten beim Rückstand, der vorwiegend aus Phosphor und Nucleoproteiden bestehen dürfte, aber auch bei dem Cholesterin enthaltenden Extrakt deutlich; bei diesem kam es zu besonders reichlichem Eindringen von Fibroblasten und Bindegewebe in die Fremdkörpermassen. Gliawucherung — sowohl faserige wie zellige — war deutlich bei Phosphatiden und Cholesterin, gering bei Cerebrin und beim Rückstand. Da reines Cholesterin keine Gliose erzeugt, so vermutet Verf., daß eine der Phosphatid- und Cholesterinfraktion gemeinsame Verunreinigung den Reiz zur Gliawucherung abgibt. Auch sonst ist zu berücksichtigen, daß keine reinen Stoffe Anwendung fanden, so daß die Ergebnisse sich überschneiden. Die Experimente bedürfen der Ergänzung und Erweiterung, zumal vorläufig für jede Form einschließlich der Kontrolle nur ein einziges vorliegt. *F. Wohlwill* (Hamburg).

Burdenko, N.: Über die Chirurgie der Rückenmarkswurzeln. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 876—886. 1925. (Russisch.)

Experimente an Hunden, an denen die Vorder- und Hinterwurzeln des Rückenmarkes genäht wurden. Burdenko prüfte die bekannten Arbeiten Killvingtons nach und vollführte physiologische Untersuchungen an den genähten Wurzeln, den N. ischiadicus reizend und den Atmungsreflex studierend. Bei histologischer Nachuntersuchung der zusammengenähten Wurzeln konnte Regeneration festgestellt werden. Auf diese Tierversuche gestützt, vollzog er die Naht an 3 traumatischen Fällen (1. und 2. Lendenwirbel) mit schweren anovesicalen Störungen. Die oberen, mittleren und unteren Lendenwurzeln wurden von B. mit den 1., 2., 3. Sakralwurzeln zusammengenäht. Die Erfolge der Operation nennt Verf. ermutigend. *Higier* (Warschau).

Kadanoff, Dimitri: Untersuchungen über die Regeneration der sensiblen Nervenendigungen nach Vertauschung verschieden innervierter Hautstücke. (*Anat. Inst., Univ. Würzburg.*) Zeitschr. f. wiss. Biol., Abt. D: Wilhelm Roux' Arch. f. Entwicklungsmech. d. Organismen Bd. **106**, S. 249—278. 1925.

Kadanoff hat unter Brauns Leitung Transplantationen von Hautstücken bei Meerschweinchen und Kaninchen vorgenommen, um die Frage zu entscheiden, ob dabei „die in dem endgültig eingeheilten Pfropfstück gefundenen Nervenendigungen den Typ der Entnahmestelle beibehalten oder ob durch den Anschluß an die Nervenversorgung der Wirtstelle die Nervenendigungen der letzteren im Transplantat zur Ausbildung kommen". Bereits durch Boeke war der Einfluß der Umgebung auf die zur Ausbildung kommenden Nervenendigungen festgestellt worden, doch kam die Wirkung der Eigenart der auswachsenden Nerven (Lingualis, Hypoglossus) als wesentlicher Faktor mit zur Geltung. K. hat 34 Operationen bei Meerschweinchen (Sohlenhaut in die Schnauze, Schnauzenhaut ausgeschnitten, um 180° gedreht und wieder eingefügt, Lippenhaut in Brusthaut, Haut des Lippensaumes mit Haut des lateralen Teiles der Schnauze vertauscht) und 35 an Kaninchen ausgeführt (Schnauzenhaut umgedreht um 180° und wieder eingefügt, Sohlenhaut in Schnauze, Schnauzenhaut in die Sohle des Hinterbeines, Schnauzenhaut in die Ohrmuschel, Haut des äußeren Ohres in die

Digitized by Google

Sohle, Sohlenhaut in das Ohr, Schnauzenhaut in die Brusthaut, Lippensaum in die Brusthaut, Schnauzenhaut in die Haut des Rückens). Durch äußere Umstände konnten leider nur die Ergebnisse der Untersuchung von Sohlenhauttransplantaten, die in der Schnauze völlig eingeheilt waren, mitgeteilt werden. Technik: Ausschneidung der Transplantate 75—370 Tage nach der Operation, Fixierung in 10% Formol, Weiterbehandlung mit Silberimprägnationen nach Cajal, Schultze und mit der Pyridin-Silbermethode von Bielschowsky. Es werden zunächst die normalen Nervenendigungen in der Sohlenhaut und Schnauzenhaut des Meerschweinchens und des Kaninchens geschildert und die prinzipiellen Unterschiede der Innervation der Sohle und Schnauze bei beiden Tieren hervorgehoben. Dann folgt eine eingehende Beschreibung der Nervenendigungen in den gut eingeheilten Transplantaten von Sohlenhaut in Schnauzenhaut. K. faßt seine Ergebnisse etwa folgendermaßen zusammen: Die in den Transplantaten neu entstandenen Nervenendigungen besitzen eine weitgehende Ähnlichkeit mit den Endigungen der Schnauzenhaut, es liegt also die Annahme nahe, „daß die einwachsenden Nerven die Fähigkeit haben, die ihnen in der Schnauzenhaut zukommende Endigungsweise auch in einer fremden Umgebung (Sohlenhaut) durchzusetzen". Die Form der sensiblen Nervenendigungen ist im Gegensatz zu der einheitlichen motorischen sehr mannigfaltig und voneinander stark abweichend, besonders an den bindegewebigen Haarbälgen und im Stratum subpapillare und papillare. Morphologisch stehen sie im Transplantat denen in der Schnauzenhaut näher als denen der Sohle, insbesondere gleichen die bei Meerschweinchen beobachteten neu gebildeten Nervenendigungen weitgehend den Endigungen der Haarnerven in der Schnauze, auch wenn die Haare fehlen, und ohne daß sie einen Einfluß auf die übrigen Gewebselemente des Transplantates besitzen, etwa die Bildung von Haaren zu veranlassen. Es fehlen vollständig Merkelsche Tastzellen. Die neuen Nerven benutzen dabei die im Transplantat für sie günstig erscheinenden Bildungen, z. B. Epithelzapfen, Basalmembran usw. K.s Versuche geben einen neuen Beweis für die Auswachstheorie bei der Nervenregeneration (His, Cajal, Harrison u. a.) und bestätigen Boekes Ergebnisse bei seinen Hypoglossus-Lingualis-Versuchen, daß in einem fremden Gewebe angelangte Nerven unter gewissen Umständen ihre Eigenart behaupten können. *Wallenberg* (Danzig).

Kuntz, Albert, and Alver H. Kerper: Quantitative experimental data on the rôle of the sympathetic innervation in the tonus of the quadriceps femoris muscles. (Quantitative Versuche über den Einfluß der sympathischen Innervation auf den Tonus des Quadriceps femoris.) Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. **23**, Nr. 1, S. 77 bis 79. 1925.

Es wurde der Einfluß der Ausschaltung der sympathischen Innervation und der Kleinhirnexstirpation auf die Spannungskurve des Quadriceps nach der vom Ref. angegebenen Methode untersucht. Nach Aufhebung der sympathischen Innervation fanden die Autoren eine beträchtliche Herabsetzung des Spannungswiderstandes und Aufhebung der initialen Bremsung, während die Hypotonie nach Kleinhirnexstirpation geringer war. Die Resultate der Kleinhirnexstirpation stellen im Wesen eine Bestätigung der Versuche des Referenten dar, während es ihm nicht gelang, einen sicheren Beweis für eine Tonusherabsetzung nach Ausschaltung der sympathischen Innervation zu finden. *E. Spiegel* (Wien).

Veach, Harry O., and Jayme R. Pereira: Effects of variation in frequency of stimulation of skeletal, cardiac and smooth muscle with special reference to inhibition. (Wirkungen der Veränderung in der Reizhäufigkeit auf Skelett-, Herz- und glatte Muskulatur mit besonderer Berücksichtigung der Hemmung.) (*Laborat. of physiol., Harvard med. school, Boston.*) Americ. journ. of physiol. Bd. **74**, Nr. 2, S. 257—284. 1925.

Versuche an frischen, an curarisierten und an entnervten Muskeln (Omohyoideus, Gastrocnemius, Herzspitze, Oesophagus usw.) verschiedener Tierarten teilweise unter Auftropfen von Atropin und Pilocarpin. Bei faradischem Strom von genügender Stärke ergibt sich eine Abhängigkeit zwischen Häufigkeit der Reizung und Bewegungs-

Digitized by Google

effekt; Erhöhung der Frequenz bedingt Erschlaffung und Hemmung, Erniedrigung Kontraktion der Muskeln. Durch Atropin wurde diese Hemmungswirkung ausgeschaltet, durch Pilocarpin wiederhergestellt. Bei den quergestreiften Muskeln wurden Frequenzen von 20—540 pro Sek. angewandt, bei Herzmuskulatur solche von 1,2—2,5 pro Sec., während man nach Atropinisation bis zu 690 pro Sek. ansteigen konnte und noch rhythmische Kontraktionen erhielt. Bei glatten Muskeln wurde die Häufigkeit zwischen 3—40 pro Sek. verändert. Auch hier ergab Erniedrigung der Reizhäufigkeit Erhöhung des Effekts und umgekehrt. Aus der Atropin-Pilocarpinwirkung wird auf eine echte Hemmung durch hohe Reizfrequenzen geschlossen, die weder durch Muskelermüdung noch durch Nervenhemmung zu erklären sei. Es handelt sich vielmehr eher um eine Reizmüdigkeit; sie spielt sich vermutlich in dem Verbindungsstück zwischen Nerv und Muskel ab. Auch Atropin und Pilocarpin wirken vermutlich hierauf oder direkt auf den Muskel ein. *Leyser* (Gießen).

Meyerhof, Otto, und K. Lohmann: Über den zeitlichen Zusammenhang von Kontraktion und Milchsäurebildung im Muskel. (*Kaiser Wilhelm-Inst. f. Biol., Berlin-Dahlem.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **210**, H. 6, S. 790—796. 1925.

Embden hatte gegen die Hill-Meyerhofsche Anschauung der Energielieferung im Muskel durch Spaltung des Glykogens in Milchsäure den Einwand erhoben, daß nach 5—10 Sek. anhaltender, tetanischer Reizung der Muskeln in seinen Versuchen nur in knapp der Hälfte der Fälle die Milchsäurebildung mit der Kontraktion vollständig koinzidierte, in den übrigen Fällen mit einer Ausnahme in den Vergleichsmuskeln, die 10—30 Sek. nach der Reizung abgetötet wurden, sich mehr Milchsäure fand als bei den im Erschlaffungsmoment getöteten. Die in dieser Arbeit mitgeteilte Versuchsreihe sucht nachzuweisen, daß diese Bildung von „Extramilchsäure", die nach Ablauf der Kontraktionszeit produziert wird, auf unphysiologische, starke, direkte Reizung der Muskeln zurückzuführen sei und daher nicht als Argument gegen die Hill-Meyerhofsche Theorie angeführt werden könne. *E. Spiegel* (Wien).

Embden, Gustav, und Hans Jost: Über kolloidchemische Veränderungen bei der Muskelermüdung und ihre biologische Bedeutung. (*Inst. f. vegetat. Physiol., Univ. Frankfurt.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 16, S. 636—640. 1925.

Bekanntlich spielt sich die Steigerung der Oxydationen nicht im Augenblick der Muskelkontraktion ab, sondern erst während der Erholung. Es konnte nun gezeigt werden, daß auch die Milchsäurebildung nicht an den Kontraktionsmoment vollständig gebunden ist, sondern sich zu einem sehr beträchtlichen Teil erst nach der Kontraktion vollzieht. Mit der Feststellung dieser Tatsache entfällt die Möglichkeit, die gesamte Milchsäurebildung in den Kontraktionsmoment zu verlegen und sie als Quelle der direkten Kontraktionsenergie anzusehen. Es wird erörtert, daß man, da keine weiteren mit positiver Wärmetönung verlaufenen chem. Prozesse bekannt sind, zu der Annahme gedrängt wird, daß sich bei der Kontraktion an kolloiden Muskelbestandteilen exotherm verlaufende Zustandsänderungen abspielen. Der Nachweis solcher exotherm gerichteter Kolloidprozesse wird in indirekter Weise versucht: es wird gezeigt, daß nach ermüdender Muskelarbeit eine Zustandsänderung an den Kolloiden der Fibrille sich abspielt, welche in der Herabsetzung der Fähigkeit zur Synthese von Lactacidogen einen zahlenmäßigen Ausdruck findet. Durch die Erholung werden diese Kolloidveränderungen vollkommen reversiert und damit auch die ursprüngliche Fähigkeit zur Lactacidogensynthese. *Hermann Lange* (Würzburg).°°

Hill, A. V., and C. N. H. Long: Muscular exercise, lactic acid, and the supply and utilisation of oxygen. (Muskelarbeit, Milchsäure und der Ersatz und die Verwendung des Sauerstoffs.) (*Physiol. laborat., univ. coll., London.*) Ergebn. d. Physiol. Bd. **24**, S. 43—51. 1925.

Die Verff. geben eine kurze Zusammenstellung der Resultate ihrer Arbeit über das in der Überschrift gegebene Thema. Die einzelnen Arbeiten sind in diesem Zentralblatt referiert; die vorliegende Zusammenfassung entzieht sich der referierenden Wiedergabe.

Erich Guttmann (München).

Digitized by Google

Takahashi, Yoshio: Über den Unterschied zwischen der Muskelwirkung der Xanthinderivate an Rana temporaria und Rana esculenta, zugleich Vergleich der Muskelwirkung verschiedener Xanthinderivate. (*Pharmakol. Inst., med. Fak., Univ. Okayama.*) Okayama-Igakkai Zasshi Jg. **1925**, Nr. 429, S. 1020—1033. 1925.

Um die Widersprüche, die sich hinsichtlich der Wirkung des Coffeins auf Ran. temporaria und esculenta in der Literatur finden, aufzuklären, wird die pharmakologische Wirkung des Coffeins und anderer Xanthinderivate erneut untersucht. Bei histologischer Untersuchung zerzupfter Muskelfasern finden sich bei beiden Froscharten die gleichen Veränderungen (starkes Hervortreten der Längsstreifung). Auch bezüglich des Verhaltens von Coffeinmuskeln gegenüber elektrischen Reizen finden sich keine wesentlichen Unterschiede. Daß die Muskeln von Ran. temporaria leichter als die von R. esculenta beim Verweilen in Coffeinlösungen in Starre geraten, dürfte mit der schmäleren Gestalt der ersteren (größere Permeabilität der Muschelgrenzschichten? Ref.) zusammenhängen. Die Wirkung der Xanthinderivate ordnet sich nach der folgenden Reihe, die mit den wirksamsten beginnt: Theobromin, Theophyllin, Coffein, Allyltheobromin. *E. Gellhorn* (Halle a. S.).

Parker, G. H.: The carbon dioxide excreted in one minute by one centimeter of nerve-fiber. (Die in einer Minute von einem Zentimeter Nervenfaser abgegebene Kohlensäuremenge.) (*Zool. laborat., Harvard univ., Cambridge, U. S. A.*) Journ. of gen. physiol. Bd. **9**, Nr. 2, S. 191—195. 1925.

Parker hat früher gezeigt, daß der ruhende Nerv des Hundefisches durchschnittlich 0,0095 mg Kohlensäure pro Gramm und Minute abgibt (vgl. dies. Zentrlbl. **41**, 766). Aus Zählungen der Nervenfasern im Verein mit diesen Bestimmungen ergab sich, daß 1 cm Nervenfaser durchschnittlich 4,2 mal 10^{-6} mg Kohlensäure pro Minute abgibt. *Erich Guttmann.*

Gelderen, Chr. van: Die respiratorische Funktion der Zwischenrippenmuskeln. (*Anat. Inst., Univ. Amsterdam.*) Anat. Anz. Bd. **60**, Nr. 14/15, S. 361—368. 1925.

Verf. kommt zu folgenden, auch klinisch wohl wertvollen Feststellungen: Die mögliche respiratorische Arbeitsleistung des Mm. intercostales ist auch im Verhältnis zu derjenigen der Scaleni bedeutend überschätzt worden. Es ist nun wahrscheinlich, aber nicht bewiesen, daß gleiche Partien der Mm. intercostales die normalen respiratorischen Brustkorbbewegungen (mit-)verursachen. Die konkurrierenden Mm. scaleni sind nicht verhältnismäßig bedeutungslos, ihre inspiratorische Mitwirkung ist wahrscheinlich. Die Ficksche Lehre von der Alleinherrschaft der Mm. intercostales bei der ruhigen Brustatmung des normalen Menschen besteht nicht zu Recht, aber man kann ihnen auch nicht jede aktive Bedeutung für die normale menschliche Brustatmung absprechen. *E. Loewy-Hattendorf* (Berlin).

Langworthy, Orthello R.: The development of progression and posture in young opossums. (Die Entwicklung von der Fortbewegung und „Stehen" beim jungen Opossum.) (*Dep. of anat., Johns Hopkins med. school, Baltimore.*) Americ. journ. of physiol. Bd. **74**, Nr. 1, S. 1—13. 1925.

Beobachtungen über die Laufbewegungen und andere Reflexerscheinungen vor und nach Enthirnung bei einer Reihe von Opossum-Jungen verschiedenen Alters, die noch im Beutel der Muttertiere lebten. Die intakten Tiere zeigten lebhafte alternierende Bewegungen mit den Vorderbeinen. Bei den ganz jungen Tieren, bis zu 50 Tagen alt, waren diese auch nach der Enthirnung, wenn auch etwas weniger ausgesprochen, vorhanden. Etwas ältere Tiere von ungefähr 56 Tagen zeigten nach der Enthirnung stärkere Laufbewegungen als vor dem Eingriff. Erst bei den ältesten Tieren von 84 Tagen trat die für den enthirnten Zustand charakteristische Starre auf. *Dusser de Barenne* (Utrecht).

Foix, Ch., et A. Thévenard: Réflexes de posture et réflexes d'attitude; posture générale, le phénomène de la poussée et posture locale. (Tonische Reflexe und Haltungsreflexe; allgemeine und lokale Haltung; das „Stoßphänomen".) Presse méd. Jg. **33**, Nr. 104, S. 1714—1716. 1925.

Kurze Übersicht über einige französische Arbeiten der letzten Jahre auf dem Gebiete der tonischen Reflexe und Haltungsreflexe in der Klinik. Das wichtigste ist die Auseinandersetzung über die reflektorischen Muskelkontraktionen, die auftreten, wenn man einer Versuchsperson einen Stoß vor- oder rückwärts gegen den Rumpf erteilt. Wird der Rumpf durch einen Stoß im Rücken nach vorne gebeugt, so kontra-

Digitized by Google

hieren sich die Muskeln der hinteren Körperfläche (die Streckmuskeln des Rückens, die Muskeln an der Hinterfläche der unteren Extremitäten); bei einem Stoß auf der Brust, so daß der Rumpf nach hintenüber gebogen wird, kontrahieren sich die Muskeln auf der vorderen Körperfläche (die Bauchmuskeln, der Quadriceps, Tibialis anticus). Es sind diese „Stoßphänomene" bei Fällen von Parkinsonismus mit Retro- und Antepulsion entweder verschwunden oder abnormal verlangsamt. Wie die Verff. wohl mit Recht betonen, ist, auch ihrer Meinung nach, mit diesen Reflexen auf Stoß die Symptomatologie der Haltungsreflexe in der Klinik sicher nicht erschöpft.

Dusser de Barenne (Utrecht).

Delmas-Marsalet, P.: Influence de la mobilisation et de la scopolamine sur les réflexes de posture. (Der Einfluß der Mobilisierung und des Scopolamins auf die posturalen Reflexe.) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 37, S. 1519 bis 1522. 1925.

Passive und aktive Bewegungen verkürzen die Entspannungszeit der Muskelkontraktion bei den posturalen Reflexen von einigen post-encephalitischen Parkinson-Kranken; in den mitgeteilten Beobachtungen am M. tibialis anticus ging durch diese Maßnahmen die Dauer der „Decreszente" der Muskelkurve von 3, 4 Sekunden auf 1 Sekunde zurück. Auch nach Scopolamin konnte dieselbe Beobachtung gemacht werden. Unter Haltungsreflex versteht Verf. das Phänomen, daß ein Muskel sich auf passive Annäherung seiner beiden Enden reflektorisch kontrahiert (Verkürzungsreflex von Wertheim-Salomonson, 1913). *Dusser de Barenne* (Utrecht).

Manfredi, Leonardo: Le prove funzionali del sistema nervoso vegetativo. (Die Funktionsprüfungen des vegetativen Nervensystems.) Quaderni di psichiatr. Bd. **12**, Nr. 5/6, S. 106—110. 1925.

In gedrängter Kürze, aber übersichtlich, werden die pharmakodynamischen Prüfungsmethoden des vegetativen Nervensystems mit Adrenalin, Pilocarpin, Atropin, Amylnitrit und den mechanisch bedingten Wirkungen auf den Vagus (z. B. der Aschnersche Reflex) zusammengestellt. Die letztgenannten haben keinen entscheidenden differentialdiagnostischen Wert nach des Verfassers Erfahrungen gehabt. Wesentlich Neues bietet die Arbeit nicht.

Kastan (Hamburg).

De la Paz, D.: Über zentrale Blutzuckerregulation und ihren Mechanismus. (*Pharmakol. Inst., Univ. Wien.*) Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. **109**, H. 5/6, S. 318 bis 331. 1925.

Um die Annahme Dresels, daß für die Blutzuckerregulation ein Zentrum im Subthalamus und im Striatum bestehe, unter Umständen zu stützen, wurde untersucht, welchen Einfluß eine Erhöhung oder Verminderung des Blutzuckergehaltes auf den peripheren und zentralen Regulationsmechanismus ausübt. Nach Zufuhr hypertonischer Dextroselösung ließ sich weder an intakten, noch an großhirnlosen Tieren eine Mehrproduktion von Blutzucker, aber auch keine Verminderung, welche auf eine zentrale Hemmung zurückzuführen wäre, mit Sicherheit nachweisen. Dagegen konnte der Verf. feststellen, daß der Blutzucker nach Injektion von Ringerlösung ansteigt. Dieser Anstieg muß ausschließlich auf die vorhergehende Verdünnung des Blutzuckers mit Ringerlösung zurückgeführt werden; der Erregungsfaktor durch die Injektion an sich kommt nicht in Frage, da nach Injektion einer dem Blutzucker gleichkonzentrierten, also etwa einer 0,15 proz. Dextroselösung eine Vermehrung nicht auftritt. Nach Ergotoxingaben oder nach Durchschneidung der sympathischen Nerven, welche die Nebennieren versorgen, vermehrt die Ringerinjektion weder bei normalen noch bei dezerebrierten Tieren den Blutzucker. Verf. nimmt an, daß die Ringerlösung bei ihrer Zirkulation durch den subkortikalen Teil des Gehirns infolge Verdünnung des Butzuckers auf ein Zentrum wirkt. Die Nebennieren spielen bei der Zuckerproduktion nur eine mittelbare Rolle; sie reagieren nicht direkt auf die Verdünnung des Blutzuckers, sondern nur in Verbindung mit dem Zentrum; denn bei Durchschneidung des Sympathicus ist keine Blutzuckervermehrung zu konstatieren. *F. Georgi* (Breslau).

Digitized by Google

Magniel: Crises d'asthme et arythmie complète paroxystique. (Anfallsweises Auftreten von Asthmakrisen und völliger Arhythmie.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 41, Nr. 38, S. 1559—1561. 1925.

44jährige, hereditär belastete Patientin (Mutter an Asthmaanfällen und Urticaria leidend), mit emphysematöser Lunge und Dysfunktion der Ovarien (Fettsucht, späte Pubertät, unregelmäßige Menstruation). Die Asthmaanfälle traten vor allem zur Zeit der Periode auf, waren von Blutdrucksenkung und Leukopenie begleitet (hämoklastisch Krisen). Das gleichzeitige Auftreten von kompletter Arhythmie zeigt die begleitende Funktionsstörung des vegetativen Systems an. *E. Spiegel* (Wien).

Jack, George N.: The education of the asthmatic. (Die Erziehung des Asthmatikers.) Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 12, S. 726—731. 1925.

An der Hand von mehreren Krankengeschichten wird demonstriert, wie wichtig es ist, in jedem einzelnen Falle von Asthma die auslösende Schädlichkeit ausfindig zu machen und den Patienten zur Vermeidung derselben zu erziehen. Neben den bekannten Ursachen mißt der Autor der Wirkung hämatolytischer (!) Gase eine große Bedeutung bei, ohne aber diese Meinung näher zu begründen. *E. Spiegel* (Wien).

Asher, Leon: Über die chemischen Wirkungen der Herznervenreizung. (*Physiol. Inst., Univ. Bern.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 210, H. 6, S. 689—696. 1925.

Der Verf. geht von einer von ihm vor Jahren aufgestellten Theorie — als eine von verschieden möglichen — aus, welche besagt, daß bei Reizungen von antagonistischen Nerven Stoffe entstehen, denen die verschiedenen Erregungswirkungen zuzuschreiben seien. Er nimmt gegen die Methode Loewis zum Ausschlusse des Accellerans Ergotamin anzuwenden, sowie gegen Loewis Auffassung der „humoralen Übertragbarkeit" Stellung und faßt seine Ergebnisse wie folgt zusammen: Im vollwertigen Zustande des Herzens, charakterisiert durch geringe zur Vaguserregung benötigte Stromstärke, Zurücktreten negativ inotroper Wirkung, Reaktionslosigkeit gegen Neufüllung fehlen meist Andeutungen einer hormonalen Übertragbarkeit der Vaguswirkung. Im hypodynamen Zustande hingegen, der durch größere zur Vaguserregung erforderlichen Stromstärken, durch Hervortreten der negativ inotropen Wirkungen und Neigung zu Änderungen bei Neufüllungen charakterisiert ist, tritt in einer gewissen Anzahl von Fällen symptomatisch das ein, was als Zeichen hormonaler Übertragung angesehen wird. Wird in dem gleichen Versuche die Flüssigkeit aus einer Vagusreizperiode und einer Ruheperiode verglichen, was wiederholt ausgeführt wurde, so läßt sich keine feste gesetzmäßige Beziehung zur Vagusreizung erweisen. Wird in dem gleichen Versuche die Flüssigkeit aus einer Vagusperiode und einer Ruheperiode verglichen, was wiederholt ausgeführt wurde, so läßt sich keine feste gesetzmäßige Beziehung zur Vagusreizung erweisen. *de Crinis* (Graz).

Daniélopolu, D., et G. G. Proca: Rôle des nerfs du cœur dans la production des contractions ectopiques. I. Contractions ectopiques provoquées par la compression oculaire et la compression du vague. (Die Bedeutung der Herznerven für die Entstehung heterotoper Kontraktionen. I. Heterotope Kontraktionen nach Bulbus- und nach Vagusdruck.) (*II. clin. méd., univ., Bucarest.*) Arch. des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang Jg. 18, Nr. 10, S. 625—633. 1925.

Untersucht wurden gesunde Leute ohne Erkrankung des Herzens, aber mit einer Änderung im Tonus der extrakardialen Nerven, Hypertoniker mit und ohne Erkrankung des Herzens und endlich Kranke mit Klappenfehlern oder Myokardschädigung ohne Hypertonie. Zur Erzielung guter Resultate muß eine bestimmte Methode angewendet werden: Der Bulbusdruck (BD.) muß von mittlerer Stärke sein und genügend lang bei fortdauernder Registrierung ausgeübt werden. Für den Vagusdruck (VD.) wird dem Untersuchten ein Polster unter die Schultern gelegt, so daß der Kopf tiefer liegt. Der Druck wird 2—3 Querfinger unter dem Kieferwinkel ausgeübt, indem man die Carotis gegen die Wirbelsäule drückt, bis man den Puls fühlt und dann den Finger nach außen auf den Vagus schiebt. Bei starkem und genügend langem Druck bekommt man immer ein positives Ergebnis, und zwar zuerst Verlangsamung des Herzschlages und später Vertiefung der Atmung, was man aber nicht abzuwarten braucht. Die Folgen von BD. und VD. sind: Änderungen der Frequenz, der Leitfähigkeit im ganzen Herzmuskel und Erzeugung heterotoper Kontraktionen; Änderungen der Contractilität und des Tonus, die sicher auch eintreten, sind klinisch nicht nachweisbar. Bezüglich der Wirksamkeit beim Gesunden ergibt sich folgende absteigende Reihe: BD. beiderseits, BD. einerseits;

Digitized by Google

BD., VD.; rechter Vagus, linker Vagus. Der BD. rechts ist gewöhnlich nicht wirksamer als links, dagegen ist der VD. rechts viel wirksamer als links, was mit den experimentellen Ergebnissen übereinstimmt. Die heterotopen Systolen zeigen: mehrphasische, isoelektrische oder nur verkleinerte P-Zacken, a-v-Ursprung mit -P vor R, ohne P oder mit abnorm großem R (R + P), ferner Schenkelblock und Ursprung im Ventrikel. Die Häufigkeit ergibt folgende absteigende Reihe: Normaler Kammerkomplex ohne P oder aurikulären Ursprungs, a-v-Schläge mit -P vor R, dieselben mit -P nach R, endlich ausnahmsweise ventrikuläre Extrasystolen. Heterotrope Systolen sind viel leichter auszulösen, wenn der Tonus im vegetativen System gesteigert ist, besonders bei Amphotonikern, ferner bei Erkrankungen des Myokards, wo meist ventrikuläre Extrasystolen gefunden werden. Nach Exstirpation beider Ganglia stellata sind heterotope Systolen durch Bulbusdruck nur sehr schwer zu erzielen, während Vagusdruck unverändert wirksam bleibt. Das Hervortreten heterotoper Systolen ist nicht ausschließlich an eine Verlangsamung des Sinusrhythmus gebunden und nicht immer als „escape" aufzufassen; gerade die charakteristischsten Systolen, die im a-v-Knoten oder in der Kammer entspringen, sind oft vorzeitig. *J. Rothberger* (Wien).°°

Daniélopolu, D., et G. G. Proca: Rôle des nerfs du cœur dans la production des contractions ectopiques. II. Contractions ectopiques provoquées par l'atropine, l'adrénaline et l'ésérine, seules ou associées à la compression oculaire ou à l'excitation du pneumogastrique. (Die Bedeutung der Herznerven für die Entstehung heterotoper Kontraktionen. II. Heterotope Kontraktionen nach Atropin, Adrenalin und Eserin ohne und mit Bulbusdruck und Vagusdruck.) (*II. clin. méd., univ., Bucarest.*) Arch. des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang Jg. 18, Nr. 10, S. 634—638. 1925.

Atropin erregt in kleinen und lähmt in großen Dosen insbesondere den Parasympathicus. Adrenalin und Eserin sind amphotrop. Die Reizdosis des Atropins verlangsamt den Rhythmus und läßt von Zeit zu Zeit ektopische Systolen hervortreten. Vagusdruck nach einer solchen Reizdosis ruft bei normaler Schlagfolge den ektopischen und bei ektopischer Schlagfolge den Normalrhythmus hervor, wobei in beiden Fällen der neue Rhythmus der langsamere ist. Dasselbe, nur viel intensiver, beobachtet man beim Bulbusdruck. Wenn unter der Wirkung der Reizdosis von Atropin ein ektopischer Rhythmus eingetreten ist und man die lähmende Dosis einspritzt, tritt Beschleunigung des Herzschlages ein, und der Rhythmus wird normal. Beiderseitiger Bulbusdruck bei gelähmtem Vagus ruft den ektopischen Rhythmus hervor, ohne daß sich die Frequenz ändert. Bulbusdruck beiderseits nach erregenden Dosen von Adrenalin und Eserin führt zum Auftreten zahlreicher heterotoper Systolen und Extrasystolen, was man beim Bulbusdruck am Unvergifteten nur ausnahmsweise sieht. Bei allen diesen Ergebnissen zeigt es sich, daß das Hervortreten des ektopischen Rhythmus nicht an eine Verlangsamung des Sinusrhythmus gebunden ist. Die Deutung der Ergebnisse soll in einer folgenden Arbeit versucht werden. *J. Rothberger* (Wien).°°

Pál, J.: Atonie. (*Allg. Krankenh., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. 39, Nr. 1, S. 19—21. 1926.

Allgemeine, auf die wichtigen Arbeiten des Verf. aufgebaute Erörterungen über die sog. Atonie des Darms. Physiologisch ganz verschiedene Inhalte werden klinisch mit dem Begriff der Atonie verbunden. Tonus ist der Ausdruck für die Ansprechbarkeit und Leistungsfähigkeit des lebenden Gewebes; er hängt ab von der Beschaffenheit und der Ansammlung an Betriebsstoff für die Arbeit. Auch die Weitbarkeit des Hohlorgans hängt von ihm ab. Die in der Klinik Atonie genannte Funktionsstörung des Darms ist eine mit Hypo-, manchmal mit Hypertonie einhergehende Dystonie. Nur durch völlige Unterbrechung der Ernährung und gelegentlich durch neurogene Einflüsse kommt es zu einer Atonie s. str. *Hansen* (Heidelberg).

Kusnezov, W.: Über die Lokalisation der Koordinationszentren für die Kniereflexe beim Menschen. Sovremennaja psichonevrologija Jg. 1, Nr. 5, S. 47—51. 1925. (Russisch.)

Verf. beschreibt einen 24jährigen Herrn, der im 6. Lebensjahr eine schwere akute, mit langdauernder Bewußtlosigkeit abgelaufene Pseudobulbärparalyse durchgemacht hatte, die u. a. Verlust der Patellar- und Achillessehnenreflexe hinterließ ohne motorisch-trophisch-sensible Symptome einer abgelaufenen Polyneuritis oder Poliomyelitis. Da die reflektorische Erregbarkeit der Beinflexoren intakt blieb, so schließt Kusnezov eine spinale Läsion und Lokalisation aus. Hypotonie und Hyperflexibilität der unteren Extremitäten. Verf. plädiert für Abschwächung der sogenannten Stehreflexe (Sherrington) und glaubt die Ursache der Hypotonie und Areflexie mit Sherrington

Digitized by Google

resp. van Gehuchten im roten Kern oder Brücken-Vierhügelsystem suchen zu müssen. *Higier* (Warschau).

Jacobson, Edmund, and A. J. Carlson: The influence of relaxation upon the knee jerk. (Einfluss der Erschlaffung auf den Kniereflex.) (*Hull physiol. laborat., univ., Chicago.*) Americ. journ. of physiol. Bd. **73**, Nr. 2, S. 324—328. 1925.

An 7 Individuen wurde der Effekt der Erschlaffung (ohne Schlaf) bewiesen mit folgendem Resultat: 1. Der Kniereflex nimmt parallel der fortschreitenden Erschlaffung ab. 2. Bei einigen Individuen wurde ein Grad der Erschlaffung erreicht, in dem der Kniereflex aufgehoben war. 3. Gewöhnlich bleibt der Kniereflex noch abgeschwächt, auch nachdem das Individuum instruiert ist, die Erschlaffung aufzugeben, und erst Anstrengung und Bewegung bringt wieder normale Reaktion.

E. Loewy-Hattendorf (Berlin).

Astwazaturow: Eine biologische Deutung des Verhaltens der Reflexe bei Pyramidenbahnerkrankung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **100**, H. 1, S. 70 bis 74. 1925.

In einer lesenswerten kleinen Studie legt Verf. (dem leider die neueren Arbeiten über die Eigenreflexe noch nicht bekannt geworden zu sein scheinen) dar, daß das Verhalten der Haut- und Sehnenreflexe bei Pybahnerkrankungen bestimmt wird durch die biologische Natur der Reflexe. Diese wird vom Verf. nach einem phylogenetischen Schema geordnet nach palingenetischen, angeborenen und kenogenetischen, erworbenen Reflexen. Letztere schwinden bei Pybahnläsion, erstere werden gesteigert oder treten aus ihrem latenten Zustand heraus. *Hansen* (Heidelberg).

Psychologie und allgemeine Psychopathologie.

Fischer, Aloys: Die Lage der Psychologie in der Gegenwart und ihre Folgen für die psychologische Jugendforschung. Zeitschr. f. pädag. Psychol. Jg. **26**, Nr. 8/9, S. 385—402. 1925.

Seit die Psychologie als selbständige Erfahrungswissenschaft von den Fragezusammenhängen der Philosophie losgelöst ist, lassen sich in ihrem Entwicklungsverlauf 3 Phasen verfolgen. Als erste kann die der Naturwissenschaft nachgebildete und nach dem Muster der Mechanik verfahrende Seelenwissenschaft gelten. Die Grundbegriffe: psychisches Element, psychische Verbindung und Komplexion, psychische Gesetzmäßigkeit, ferner die Forschungshilfsmittel der Einzel- und Massenbeobachtung, der Vergleichung und des Experimentes, die Tendenz nach exaktem, zahlenmäßigem Ausdruck der gefundenen Einsichten, die Abstellung auf Zählung und Messung verraten die nach Analogie der Naturwissenschaften gebildete klassische Schule der modernen Seelenforschung. Diese Richtung ist nicht ausgestorben, nicht überwunden; sie hat vielmehr ihre Methoden verfeinert, ihre theoretischen Hilfsbegriffe und erklärenden Hypothesen weiter vorgeschoben und differenziert. Ihr gegenüber steht nun eine zweite Richtung (aus Unbefriedigung über die „Psychologie ohne Seele entstanden"), die die auf Intuition gestützte Menschenkenntnis des praktischen Lebens in den Mittelpunkt ihres Forschens stellt. Die als Charakterologie verstandene Psychologie brachte eine Bereicherung der methodischen Grundlagen durch ihre Ausdrucksforschung mit sich. Der Hauptunterschied beider besteht in der Bevorzugung bestimmter Seiten des seelischen Lebens; es vollzieht sich indes allmählich ein methodischer Ausgleich zwischen der klassischen Schule und der Ausdruckspsychologie. Die dritte Phase bezeichnet Verf. als die „biologische Richtung". Ihr zufolge ist das seelische Geschehen ein Lebensprozeß. Seelisches ist nicht nur auf das Bewußtsein beschränkt; die psychischen Tatsachen schieben sich an einer bestimmten Stelle ein in eine Reihe, die von der halbmechanischen Reiz- und Reflexbewegung über die Trieb- und Instinktbewegungen zu den komplexen Lebensäußerungen bei Pflanzen, Tieren, Menschen hinaufführen; die seelischen Tatsachen sind Ausgestaltungen derselben vitalen Kräfte. Dieser Richtung

Digitized by Google

in etwas verwandt ist die Entwicklungspsychologie, wie sie F. Krüger und E. R. Jaensch vertreten. Den beiden Richtungen gemeinsam ist die Einstellung auf die Einheit und den inneren Zusammenhang der dauernden Wesenheit eines Subjektes. Der Entwicklungsgang der Psychologie hat auf die Kinder- und Jugendforschung ihren Einfluß ausgeübt. Mit der ersten Richtung war sie funktionspsychologisch eingestellt, mit der charakterologischen Phase aber personpsychologisch. Eine dritte Richtung der Jugendforschung legt den Nachdruck auf den Entwicklungsgedanken. Die Schlußbetrachtung und die Ausführungen über die Veröffentlichungen anderer bekunden des Verf. Stellung innerhalb dieser Richtung. *v. Kuenburg* (München).

Pawlow, I.: Die Beziehungen zwischen Erregung und Hemmung, das Auseinanderhalten von Erregung und Hemmung sowie experimentelle Neurosen an Hunden. Skandinav. Arch. f. Physiol. Bd. 47, H. 1/2, S. 1—14. 1925.

Ein von außen her die Nervenzellen der Hirnrinde erreichender Reiz ruft in denselben je nach den Umständen Erregung oder Hemmung hervor. Besteht während der Einwirkung des Reizes in der Rinde oder einem unteren Teil des Großhirns ein Erregungszustand, dann bleibt der Reiz als positiver bestehen. Anderenfalls wird er früher oder später zum Hemmungsreiz. Die Frage, warum das so ist, glaubt Pawlow noch nicht beantworten zu können. (Die Arbeiten von Kappers, Sven Ingvar u. a. scheinen dem Ref. besonders geeignet, die Lösung dieser Frage zu geben. Vgl. Kroll: Bedingungsreflexe, Jahresber. über d. ges. Neurol. u. Psych. **6**, 22. 1925. Ref.) Einen 2. Punkt, in dem sich Erregung und Hemmung berühren, bildet die Abgrenzung der Hirngebiete bei gleichzeitigem Auftreten von Erregung und Hemmung, die gegenseitige räumliche Begrenzung ihres Einflusses. Es entsteht häufig ein gewisser Kampf zwischen diesen entgegengesetzten Prozessen, der nicht immer mit Leichtigkeit ausgefochten wird und der das Erhalten des Gleichgewichts dem Nervensystem mitunter sehr erschwert. Im Tierexperiment äußert sich das häufig in dem Gebaren der Versuchstiere (motorische Unruhe, Winseln, Atemfrequenz). Meist kommt es zum Gleichgewicht. In wenigen Fällen jedoch endet der Kampf mit Schädigung der normalen Nerventätigkeit und es entsteht ein bis jahrelang dauernder pathologischer Zustand. Bei einem Versuchshund wurde eine Differenzierung zwischen Kreis und Ellipse ausgearbeitet. Dem Differenzierungsakt liegt, wie bekannt, eine Hemmung zugrunde. Dann wurde allmählich die Ellipse immer kreisförmiger gemacht. Die Differenzierung gelang auch weiter ohne Schwierigkeiten, bis die Ellipse sich dem Kreise im Verhältnis der Halbachsen 9:8 genähert hatte. Nun trat ein heftiger Erregungszustand auf, der sogar die bedingten Reflexe störte. Später wurden die Beziehungen zwischen gleichzeitig auftretenden Hemmungen und Erregungen systematisch untersucht. Hier ergaben sich mitunter individuelle Unterschiede bei Hunden mit verschiedenen Temperamenten. Bei schwierigen Zusammenstößen nahm bald der Erregungs-, bald der Hemmungsprozeß überhand. P. konnte in einigen Fällen durch Bromgaben die Tätigkeit der Großhirnrinde regulieren. Besonders wünschenswert ist die Wirkung außergewöhnlicher, direkt hemmender Reize. So hinterließ die Überschwemmung in Leningrad 1924 bei einigen Hunden ein chronisches Überwiegen der Hemmungsprozesse Noch lange später rief jeder stärkere Reiz einen chronischen Hemmungsprozeß hervor. Andererseits kann auch der Erregungstonus verstärkt werden. Am ehesten geschieht es, wenn der unbedingte Reiz unmittelbar, ohne jede Pause, auf den Anfang des bedingten Reizes folgt. Häufiger Wechsel von positiven und hemmenden Reflexen ruft bei erregbaren Hunden ebenfalls allgemeine Erregung hervor. Unter bestimmten Bedingungen kann ein positiver bedingter Reiz sich in einen Hemmungsreiz verwandeln und umgekehrt. Die verschiedenen Zustände, welche die Rinde dank verschiedener Einwirkungen durchlebt, ordnet P. in eine bestimmte folgerichtige Reihe. An einem Ende steht der Zustand der Erregung mit einer Erhöhung des Tonus der Erregungsprozesse. Dabei ist der Hemmungsprozeß unmöglich oder sehr erschwert. Dann folgt der normale wache Zustand, wo sich Erregung und Hemmung die Wage halten.

Digitized by Google

Dann kommt eine lange Reihe von Übergängen, die zum Hemmungszustand führen. Unter ihnen sind besonders charakteristisch ein nivellierendes Stadium, wo im Gegensatz zum Wachzustand alle Reize unabhängig von ihrer Intensität gleich stark wirken, der paradoxe Zustand, wo schwache Reize ausschließlich oder hauptsächlich wirken, dann die ultraparadoxe Phase, wo hemmende Agentien positiv wirken. P. nimmt an, daß in allen Fällen, beim Übergang vom Arbeits- zum Hemmungszustand, z. B. beim Einschlafen diese Übergangszustände, die in pathologischen Fällen deutlich hervortreten, zu finden sind. Dann wäre als Pathologisches nur die Verlangsamung der Übergänge, ein Isolieren und Festhalten dieser einzelnen Zustände zu betrachten. Alle diese Tatsachen erklären viele Erscheinungen der normalen und pathologischen höheren Nerventätigkeit, den Schlaf, hypnotische Zustände, den Schlaf des Müllers, der Mutter mit leicht erregbarem Wachepunkt, die Katalepsie, die Suggestion, wo schwache bedingte Reize (Worte) eine intensivere Wirkung besitzen, die traumatische Neurose u. dgl. *M. Kroll* (Minsk).

Dodge, Raymond: The problem of inhibition. (Das Problem der Hemmung.) (*Inst. of psychol., Yale univ., New Haven.*) Psychol. rev. Bd. 33, Nr. 1, S. 1—12. 1926.

Der Begriff Hemmung spielt nicht nur in der Physiologie, sondern auch in der Psychologie eine große Rolle. Zweifellos gibt es verschiedene Arten von Hemmung. Eine der einfachsten Formen ist die durch antagonistisch wirkende Muskeln. Aber auch durch willkürliche Erschlaffung von Muskeln kann die Wirkung eines Reizes herabgesetzt werden. Ferner kann ein Reiz durch einen anderen gleichzeitig erfolgenden unwirksam gemacht werden. Verf. bringt hierfür Beispiele aus dem Gebiet der Physiologie und der Psychologie. *Campbell* (Dresden).

Wechsler, David: The measurement of emotional reactions. Researches on the psychogalvanic reflex. (Die Messung emotioneller Reaktionen. Untersuchungen über den psychogalvanischen Reflex.) Arch. of psychol. Bd. 12, Nr. 76, S. 1—181. 1925.

Die 175 Seiten Text und ein (keineswegs vollständiges) Literaturverzeichnis über 120 Nummern sind das Ergebnis von Arbeiten des Autors während 4 Jahren über den psychogalvanischen Reflex. Er zieht diese Untersuchungen der Meßbarkeit des Phänomens halber anderen vor (z. B. den plethysmographischen), sodann auch weil der Reflex leicht zu provozieren ist, die Kurven beliebig groß zu gestalten sind, weil der Experimentator sozusagen mit Konstanten arbeite und schließlich weil die Kurven mit elektrologischen Einheiten gemessen werden können. Vorbedingung für zweckmäßige Verwendung des pg. R. seien Kenntnis und Beherrschung der physikalischen Zustände der Haut und geeignete technische Registrierungsmöglichkeiten. Einzelheiten aus dem nächsten Kapitel seien hervorgehoben: Die Ruhekurve braucht nicht immer so zu verlaufen, wie das bisher meist angenommen wurde. Wechsler hat festgestellt, daß von den Fingerspitzen aus eine fast horizontale Ruhekurve zu erhalten sei. Multiphasische Schwankungen treten nach intensiven Reizen auf. Das „negative" Vorausschlagsphänomen ist nach W. Ansicht ein unwesentliches Zufallsergebnis. Das 3. Kapitel behandelt das elektrische Verhalten der Haut im allgemeinen und versucht die drei Fragen zu beantworten: Ob Intensitätsschwankungen den Hautwiderstand verändern? Ob die Veränderung von der Durchströmungsdauer abhängt? und ob alle Teile der Haut gleich und auf alle Stromstärken gleich reagieren? Wesentlich Neues ist dabei nicht gefunden worden. Das nächste Kapitel beschreibt pg. Apparaturen, insbesondere auch den Photogalvanographen des Autors. W. benützte flüssige Elektroden nach dem Dubois-Reymondschen Typ. Zwei Finger wurden beiderseits hineingehalten. Der Autor anerkennt die Vorzüge der Godefroyschen Methode. Der nächste Abschnitt behandelt physiologische Beziehungen: Tagesschwankungen der Leitfähigkeit, ihre Beeinflussung durch geistige und körperliche Anstrengung, durch Atmung (ausführliche Versuche), durch Zirkulationsänderung. Sodann folgen die Theorien des pg. Phänomens und die vielen bisherigen Experimente zu dieser Fragestellung. W. schließt sich der Ansicht an, die Schweißdrüsen seien obligates

Digitized by Google

Substrat; er akzeptiert die Auffassung, daß durch den Reflex eine Widerstandsänderung manifestiere. Polarisationsvorgänge während der Schweißsekretion sieht er mit Albly, Gildemeister u. a. als die elektrologische Grundlage an. Das 7. Kapitel behandelt psychologische Berechnungen. Der Autor erklärt, warum auch er den pg. R. als Ausdruck der Affektivitätsschwankung (Aufmerksamkeit inbegriffen) ansieht. Zwischen Intensität des Stimulus und derjenigen der pg. Antwort besteht keine Proportion. Die letztere hängt rein von der affektiven Betonung des Reizvorganges ab. Eine besondere Modifikation des pg. Assoziationsexperimentes scheint W. den Beweis für die Richtigkeit dieses Satzes nicht zu liefern, wegen der Mitwirkung unbewußt bleibender Emotionen. Er hat lange Serienversuche angestellt mit immer derselben Reihenfolge von Reizen bei verschiedenen Individuen. Es ist nicht überraschend, daß dabei große individuelle Reaktionsunterschiede auftraten. Die alten Experimente über Musikwirkung hat W. auch vorgenommen; sodann solche bei schlafenden Menschen; auch einige Tierexperimente. Bezüglich der klinischen und anderweitig praktischen Verwendbarkeit berichtet W. über die bisherigen Versuche anderer Autoren. Ein allgemein gehaltenes Kapitel über Affektivitätsprobleme schließt das in einem fließenden Englisch geschriebene Werkchen. *Veraguth* (Zürich).

Kenworthy, Marion E.: Some emotional problems seen in the superior child. (Über das Gefühlsleben überbegabter Kinder.) Americ. journ. of psychiatry Bd. 4, Nr. 3, S. 489—498. 1925.

Das intellektuelle Wunderkind gehört nach Ansicht der Autorin keineswegs zu den in Beziehung hervorragenden Individuen. Es ist vielmehr gerade durch die Sonderstellung, jeder die es wegen seiner Überbegabung unter seinen Altersgenossen einnimmt und die durch den Ehrgeiz der Eltern, besonders der Mütter, noch gefördert wird, in der Gefahr, daß andere Teile seines psychischen Lebens insbesondere die Gefühlsseite, verkümmert, abnorm wird. Verf. zeigt an 2 kurz dargestellten Lebensgeschichten von überbegabten Knaben diese Schäden auf. Der eine der Jungen, seinen Mitschülern um viele Jahre überlegen, wird durch die ehrgeizige Umsorgung der Mutter linkisch, unbeständig, langsam, verzärtelt, so daß ihn seine Altersgenossen nicht in ihren Kreis aufnehmen; bei dem andern bewirkt das Überragen seiner Leistungen in der Schule, die für den ganzen Verwandtenkreis Gegenstand der Glorifizierung sind, daß der Junge sich über alles erhaben dünkt, die Lehrer mißachtet, seinen Aufgaben nicht nachkommt und schließlich unsozial wird. — Ein Mittel zur Verhütung dieser Schäden kann nur das sein, die einseitige Kultivierung der Begabung nicht aufkommen zu lassen, vielmehr alle Funktionen des Körpers und Geistes gleichmäßig zur Erstarkung zu bringen, um so neurotische Reaktionen hintanzuhalten. — In der Aussprache wird auf Untersuchungen von Terman und von Goddard an Wunderkindern hingewiesen, die ersehen lassen, daß die von der Autorin gezeichneten Verhältnisse zwar nicht gesetzmäßig sind, wohl aber sehr Beachtung verdienen. *Erich Feuchtwanger* (München).°°

Bridges, J. W.: A reconciliation of current theories of emotion. (Eine Versöhnung der gebräuchlichen Theorien der Gemütsbewegungen.) (*Psychol. research, Canadian nat. committee f. ment. hyg., Montreal.*) Journ. of abnorm. a. soc. psychol. Bd. 20, Nr. 4, S. 333—340. 1925.

Wenn Bewußtsein und Verhalten (behavior) beide als Tatsachen anerkannt werden, wenn ferner die doppelte Betrachtungsweise der Beziehungen zwischen diesen beiden Tatsachengebieten zugelassen wird, dann läßt sich unter den meisten jetzt gebräuchlichen Theorien der Gemütsbewegungen ein Ausgleich schaffen. Sie alle enthalten Teilwahrheiten oder Elemente der Wahrheit, und die meisten gehen nur insoweit fehl, als sie solche Teilwahrheiten für die ganze Wahrheit ausgeben. Die Gemütsbewegung ist eine psychophysische Reaktion besonderer Art; sie hat eine subjektive und eine objektive Seite. Sie ähnelt dem Instinkt; aber sie ist nicht identisch mit ihm, noch sein steter Begleiter; sie kann verstärkt werden, wenn die instinktive oder unmittelbare Reaktion verzögert wird. *Erwin Straus* (Berlin-Charlottenburg).

Wechsler, David: On the specificity of emotional reactions. (Über die Spezifität der Affekte.) Americ. journ. of psychol. Bd. 36, Nr. 3, S. 424—426. 1925.

Verf. suchte die Frage, ob ein Individuum auf alle affektiven Reize oder nur auf eine bestimmte Gruppe affektiver Reize oder Situationen gefühlsmäßig reagiere,

Digitized by Google

durch das Experiment zu beantworten. Er untersuchte bei 20 Vpn. das psychogalvanische Phänomen bei der Darbietung einer bestimmten Reihe affektiver Reize. Die Einzelheiten der Versuchsanordnung werden vom Verf. nicht näher beschrieben. Aus den Versuchsergebnissen schließt er, daß die Annahme eines einzigen zentralen Faktors, von dem die Affektivität allgemein abhänge, nicht genügend begründet sei.

Erwin Straus (Berlin-Charlottenburg).

● **Henning, Hans: Die Aufmerksamkeit.** Berlin u. Wien: Urban & Schwarzenberg 1925. VII, 212 S. RM. 9.30.

Die vorliegende monographische Darstellung der Aufmerksamkeit, die gleichzeitig als Beitrag zu Abderhaldens Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden erscheint, darf unbedenklich als musterhafte Lösung einer solchen Aufgabe bezeichnet werden. Aus einer langjährigen persönlichen Arbeit auf diesem Forschungsgebiet, aus einer umfassenden Kenntnis der Probleme, Tatsachen, experimentellen Methoden und Theorieen ist eine erschöpfende Darstellung hervorgegangen, die in klarer übersichtlicher Gliederung alles Wichtige bringt, ohne durch eine enzyklopädische Häufung des Stoffes zu ermüden und zu verwirren. Mit Recht weist der Verf. darauf hin, daß eine Untersuchung der Aufmerksamkeit nicht lediglich experimentelle Anordnungen aufzählen darf, sondern daß das Wesentliche im Gedankenexperiment, in deduktiver und phänomenologischer Analyse, sowie im kritischen Vergleich zwischen begrifflichem Ergebnis und experimentellem Tatsachenbefund zu suchen ist. Henning vermeidet nicht eine persönliche Stellungnahme, wird aber abweichenden Auffassungen bei der Objektivität der Darstellung und im Maße der Polemik durchaus gerecht. Die physiologischen und pathologischen Grenzgebiete werden ausreichend berücksichtigt. Die umfassenden Literaturangaben sind in Fußnoten dem Text angefügt. Ein Sachregister erhöht neben dem ausführlichen Inhaltsverzeichnis die praktische Brauchbarkeit des Werkes.

Erwin Straus (Berlin-Charlottenburg).

Mager, Alois: Neue Versuche zur Messung der Geschwindigkeit der Aufmerksamkeitswanderung. (*Psychol. Inst., Univ. München.*) Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. **53**, H. 4, S. 391—432. 1925.

Die Aufmerksamkeitswanderung, d. h. die Tatsache, daß die Aufmerksamkeit einer gewissen Spanne Zeit bedarf, um von einem Gegenstand auf einen anderen überzugehen, wird hier hinsichtlich der Geschwindigkeit einer eingehenden, methodologisch und in ihren theoretischen Folgerungen gleich interessanten Untersuchung unterzogen. Die Versuche, die im Original nachgelesen werden müssen, wurden mit dem sehr praktischen Paulischen Reizhebelapparat mit Tachistoskop durchgeführt; unter den Versuchspersonen befand sich Pauli selber. Nach den Ergebnissen der großen Untersuchungsreihen braucht die Aufmerksamkeit, um von einer Leistung zu einer anderen übergehen zu können, im Durchschnitt wenigstens 0,190 Sekunden. Mit Pauli führt Verf. die Erscheinung der Enge des Bewußtseins physiologisch zurück auf Hemmungsvorgänge. Der durch die Untersuchungen errechnete kürzeste Aufmerksamkeitsschritt ist nichts anderes als das Maß von Zeit, das erforderlich ist, um einen Hemmungszustand aufzuheben und einen anderen herbeizuführen. Wird also das Apperzeptionszentrum von einem Vorgang, z. B. vom Reiz *a* erregt, so wird damit der Zugang zu diesem Zentrum durch die bestehenden Hemmungsvorrichtungen abgesperrt. So erklärt sich die Enge des Bewußtseins. Mit dem Abschluß der Aufmerksamkeitsleistung endigt auch die Erregung des Apperzeptionszentrums und damit die Hemmung der zuführenden Bahnen. Erst in diesem Augenblick kann die Erregung durch einen neuen Reiz *b* erfolgen. Das Abklingen der ersten und das Werden der zweiten Erregung braucht naturgemäß eine gewisse Zeit. Und diese Zeitspanne ist eben die Geschwindigkeit der Aufmerksamkeitswanderung, kürzer ausgedrückt: der Aufmerksamkeitsschritt.

Villinger (Hamburg).

Gates, Arthur I., and Grace A. Taylor: An experimental study of the nature of improvement resulting from practice in a mental function. (Experimentelle Unter-

Digitized by Google

suchung über die Besserung einer psychischen Funktion durch Übung.) (*Research dep., Horace Mann school, Columbia univ., New York.*) Journ. of educat. psychol. Bd. **16**, Nr. 9, S. 583—592. 1925.

Untersucht werden: Gedächtnis für Zahlen und Buchstaben, für Reihen unverbundener Worte, für Reihen von 10 geometrischen Figuren, die je 5 Sekunden exponiert werden, für 7 Bilder, für Namen von als Zeichnung dargestellten Gegenständen. Es ergibt sich für das Gedächtnis eine erhebliche Besserung. Nachdem $4^1/_2$ Monate nach dem Abschluß der Versuche vergangen waren, war die Besserung der Funktion vollkommen aufgehoben und die Kinder zeigten gegenüber nicht geübten Kindern keinen Unterschied mehr. Nach weiteren $3^1/_2$ Monaten wurde mit den geübten und nicht geübten Kindern während 22 Tagen experimentiert; es zeigte sich dabei kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen. *Erich Stern* (Gießen).

Herderschee, D.: Der Zeitbegriff des Kindes. Kinderstudie Bd. 7, H. 1/2, S. 15 bis 24. 1925. (Holländisch.)

Verf. geht von der Voraussetzung aus, daß wir über den Zeitbegriff der Kinder Aufklärung erhalten können, falls man die ersten Anwendungen von Zeitwörtern und Adverbien in den ersten Lebensjahren genau verfolgt. Er teilt aus einem Tagebuch diesbezügliche Angaben mit. Das Kind gebrauchte von 1 Jahr 7 Monaten an Hilfszeitwörter im Präsenz und Imperfekt. Mit $1^3/_4$ Jahren treten zum erstenmal regelmäßige Zeitwörter in primitiver Form auf. Zeitbestimmungen, wie: heute, gestern, morgen, werden sinnvoll erst mit $2^1/_4$ Jahren angewendet. Verf. spricht dem vollendeten 2. Jahr in bezug auf die Zeitbestimmung und zeitliche Lokalisation eine besondere Bedeutung zu. *G. Révész* (Amsterdam).°°

Düker, Heinrich: Über das Gesetz der speziellen Determination. Ein experimenteller Beitrag zur Lehre vom Willen. Untersuch. z. Psychol., Philos. u. Pädag. Bd. **5**, H. 2, S. 97—174. 1925.

Verf. hat versucht, das von Ach formulierte Gesetz der speziellen Determination experimentell nachzuprüfen und zu beweisen. Das Gesetz besagt in der Achschen Fassung: „Je spezieller eine Determination ist, desto rascher und sicherer wird die Verwirklichung erreicht." Zur Nachprüfung mußte eine Versuchsanordnung erdacht werden, die es ermöglichte, bei Zugrundelegung vollkommen gleichwertiger Tätigkeiten eine Aufgabenart so zu spezialisieren, daß dadurch andere Aufgaben entstehen, deren Inhalt durch fortschreitende Gliederung immer spezieller wird, so daß die so entstandenen neuen der früheren Art untergeordnet sind. Mittels der Einsetzungsmethode ist es auf Grund der einzelnen Aufgabenschemata möglich, Determinationen allgemeiner und speziellerer Art beliebig hervorzurufen. Alle Versuchsreihen, deren Anordnung im Original nachgelesen werden muß, ergaben, daß mit dem Speziellerwerden der Aufgaben und damit auch der Determinationen sich auch deren Reaktionszeiten verringern. Der bedingende Faktor des dadurch erwiesenen Gesetzes der speziellen Determination ist die Konkurrenz der für die Verwirklichung in Betracht kommenden Vorstellungen. Gegenüber den Einwänden von G. E. Müller, Selz, Koffka und Lindworsky behauptet Verf. die Allgemeingültigkeit des Gesetzes der speziellen Determination, es „gilt absolut wie ein Naturgesetz". *Erwin Straus* (Berlin-Charlottenburg).

Decroly, O.: L'état actuel des procédés de mesure de l'intelligence. (Der gegenwärtige Zustand der Intelligenzmessungsverfahren.) Ann. et bull. de la soc. roy. des sciences méd. et natur. de Bruxelles Jg. **1925**, Nr. 4/5, S. 61—87. 1925.

Ein Beitrag zur Geschichte der Testprüfung. Verf. betrachtet die Entwicklung nach 4 Richtungen: 1. von den Einzelprüfungen zu den Massenprüfungen (Gegenüberstellung der Vor- und Nachteile beider), 2. von der sprachlichen zu den stummen Testen, 3. von den Massenprüfungen mit gruppenweise angeordneten Testaufgaben zu solchen mit fortlaufenden, durcheinander gemischten Aufgaben, 4. von der Verwendung gedruckter Formulare zur mündlichen Darbietung der Aufgaben bei dem unter 3. genannten Verfahren. Dieses letzte sog. „ökonomische Verfahren" erläutert der Verf. an dem Beispiel der französischen Übersetzung des von dem Engländer Ballard ausgedachten „verbalen Kollektivtests", der aus 100 durcheinandergemischten Aufgaben besteht. *Bobertag* (Berlin).

Digitized by Google

Morgan, L. T.: The elimination of practice in mental tests. (Die Ausschaltung der Übung bei Testversuchen.) Journ. of educat. psychol. Bd. 16, Nr. 9, S. 619 bis 628. 1925.

Es werden verschiedene Methoden besprochen, durch die der Faktor der Übung, welcher bei gewissen Versuchen die Ergebnisse stört, ausgeschaltet werden kann. Von der Anwendung von Tests, die besonders geeignet sein sollen, verspricht sich Verf. nicht viel. Eine andere Methode besteht darin, so lange Zeit Vorübungen anzustellen, bis keine wesentliche Übung mehr eintritt, ein Zeitpunkt, der freilich schwer abzuschätzen ist und dessen Erreichen zu viel Zeit erfordert. Am ausführlichsten beschäftigt sich Verf. mit der Methode der „Gleichen Gruppen", bei der von zwei gleich zusammengesetzten Gruppen von Versuchspersonen die eine vor, die andere nach bestimmten Umständen angesetzt wird. Hierbei ist aber das Bedenken vorhanden, daß Gruppen, die zu einer gewissen Zeit gleichartig sind, zu einer anderen ganz verschieden sein können. Die näheren Umstände dieser Verhältnisse werden besprochen. *Müller.*

Stanojević, Laza: Wie weit sind die bisherigen Intelligenzprüfungsmethoden zwecks Feststellung der intellektuellen Fähigkeiten in forensischen Fällen verwertbar? Liječnički vjesnik Jg. 47, Nr. 10, S. 637—641. 1925. (Kroatisch.)

Der Verf. kommt auf Grund seiner Erfahrungen zum Schlusse, daß die bisherigen Intelligenzprüfungsmethoden in ihrer bestehenden Form weder bei Feststellung der theoretischen noch der praktischen Intelligenz vor Gericht geeignet sind, aber relativ angewendet werden können, indem man sie den individuellen Umständen anpaßt; ferner daß die individuelle Intelligenz in forensischen Fällen nur auf Grund von Umständen festgestellt werden kann, unter welchen die betreffende Person einen gewissen Grad von Fähigkeit oder Unfähigkeit in ihrem eigenen engeren Kreise gezeigt hat.

Autoreferat.

Decroly: Les méthodes non verbales d'examen mental. (Nicht-sprachliche Methoden der Intelligenzprüfung.) Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 659—668. 1925

In Ergänzung der bekannten Tests zur Intelligenzprüfung nach Binet hat Verf. Tests ausgearbeitet, bei denen die Sprache ausgeschaltet werden kann. Die Lösung der Aufgabe kann den Kindern zuerst vorgezeigt werden. Eine solche Testreihe z. B. besteht in zwei Serien von Bildern, in denen je zwei Bilder zueinander im Verhältnis von Ursache und Wirkung stehen. Die Kinder haben immer zu dem einen Bilde das entsprechende andere zuzuordnen. Weiter gibt Verf. andere von ihm ausgearbeitete Testreihen an. Das Verfahren hat ihm brauchbare Resultate ergeben. *Sittig* (Prag).

Ruch, Giles Murrel: The influence of the factor of intelligence on the form of the learning curve. (Der Einfluß des Intelligenzfaktors auf die Lernkurve.) Psychol. monogr. Bd. 34, Nr. 7, S. 1—64. 1925.

Mit 120 Schülern im Alter von 13—15 Jahren wurden Lernversuche unter Verwendung folgender drei Teste durchgeführt: 1. Kartensortieren, 2. Übertragen eines Textes in Geheimschrift („Code Substitution"), 3. „abstrakte Beziehungen" erkennen („C ist größer als A, A ist größer als B, B ist größer als D"; es ist dann zu beurteilen, ob z. B. „C plus D gleich B" ist usw.). Um den Einfluß des Intelligenzfaktors festzustellen, wurden die Korrelationen zwischen Lernerfolg und Intelligenzalter der Versuchspersonen berechnet. — Hauptergebnisse: 1. Es besteht kein Grund zu der Annahme, daß es einen einzigen Typus der Lernkurve gibt, der unabhängig ist a) von der Art der geübten geistigen Funktion, b) von den Intelligenzunterschieden der übenden Personen. 2. In bezug auf die Korrelationen zwischen Lernerfolg und Intelligenz: a) sie können sich von Tag zu Tag verringern (beim ersten Test), b) sie können praktisch konstant bleiben (beim zweiten Test), c) sie können sich von Tag zu Tag vergrößern (anscheinend beim dritten Test). 3. Wenn die Versuchspersonen in bezug auf Intelligenz in eine gute, mittlere und schwache Gruppe geteilt werden, so können die drei Lernkurven während der Übung a) konvergieren (erster Test), b) etwa parallel verlaufen (zweiter Test), c) divergieren (dritter Test). 4. Die Korrelation zwischen Anfangs- und Endleistung wird beeinflußt a) von der Art der an der Leistung beteiligten geistigen Sonderfunktionen, b) von dem Grad der Verwandtschaft zwischen diesen Sonderfunktionen und der allgemeinen Intelligenz. *Bobertag* (Berlin).°°

Digitized by Google

Decroly: Les tests individuels et les tests simultanés. (Einzelprüfungstests und Gruppenprüfungstests.) Année psychol. Jg. **24**, S. 128—133. 1924.

Wägt die verschiedenen Vorteile und Nachteile der psychologischen Einzelprüfung und Gruppenprüfung ausführlich gegeneinander ab und setzt zum Schluß auseinander, in welchen Fällen oder zu welchen Zwecken die Einzelprüfung bzw. die Gruppenprüfung vorzuziehen ist. *Bobertag* (Berlin).₀

Müller, Hilde: Über Intelligenzprüfungen bei Anstaltskindern bis zum 3. Lebensjahre im Vergleich zu Kindern in privater Pflege. (*Kinderheim u. Kinderkrankenh., Bonn-Dottendorf.*) Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. **109**, 3. Folge, Bd. **59**, H. 5/6, S. 345 bis 351. 1925.

Nach der von Schwab (vgl. dies. Zentralbl. **40**, 649) angegebenen Methode wurden im ganzen 154 Kinder — Neugeborene bis Dreijährige — untersucht. Die Methode erwies sich dabei als brauchbar. Der Vergleich von „Anstaltskindern" mit „Familienkindern" ergab: Anstaltskinder sind in ihrer psychischen Entwicklung nicht so weit wie gleichaltrige Familienkinder. Es ist ein Stehenbleiben auf dem psychischen Stand von drei Monaten und von einem Jahr zu beobachten. Im ersten und zweiten Monat ist die Differenz noch nicht vorhanden, vom dritten Monat ab nimmt sie bis zu 3 Jahren zu. Kranke Kinder bleiben in ihrer psychischen Entwicklung beim Ausbruch der Krankheit stehen. Eine Prognose für später läßt sich nicht stellen. *Bobertag.*₀

Merkin, Regina: Tests d'Ozeretzky pour le développement des fonctions motrices de l'enfant. (Die Ozeretzky-Teste für die Entwicklung der motorischen Funktionen des Kindes.) (*Inst. J. J. Rousseau, Genève.*) Arch. de psychol. Bd. **19**, Nr. 75, S. 244 bis 259. 1925.

Verf. schildert die Ergebnisse einer Nachprüfung (an 76 Kindern) der von Ozeretzky vorgeschlagenen Testreihe zur Feststellung des „motorischen Alters", bei der es sich um die Ausführung von zunehmend schwierigen Bewegungs- und Geschicklichkeitsaufgaben handelt; für die Altersstufen 4—15 Jahre sind je 6—12 solcher Aufgaben ausgewählt. Bei jedem Test ist die Prozentzahl richtiger Lösungen angegeben. Die Testreihe zeigt noch mancherlei Unvollkommenheiten, so daß weitere Untersuchungen erforderlich sind. *Bobertag* (Berlin).°°

Löpfe, Adolf: Über Rorschachsche Formdeutversuche mit 10—13jährigen Knaben. (*Kinderstat. „Stephansburg", psychiatr. Univ.-Klin., Zürich.*) Zeitschr. f. angew. Psychol. Bd. **26**, H. 3/4, S. 202—253. 1925.

In der von Hans W. Maier geleiteten Züricher Anstalt für schwer erziehbare Kinder „Stephansburg" hat sich Löpfe der Mühe unterzogen, den diagnostischen Wert der Rorschachschen Versuche für Kinder nachzuprüfen. Die Methodik der Formdeutungsversuche wird kurz dargelegt. Sie ist, wie dem Autor nicht entgangen ist, reicher an Fehlerquellen, namentlich an Willkürlichkeiten, als manche, vorwiegend praktisch eingestellte Benutzer derselben zugeben wollen. Ebensowenig ist es leicht, die Einstellung der Kinder so zu beherrschen, daß die individuelle Psycho-Diagnose nicht darunter leidet. Dies gilt namentlich für Massen-(Klassen-)Versuche. L. berichtet selbst über eine ganze Reihe von äußerst störenden und das diagnostische Ergebnis eigentlich aufhebenden Einstellungen. Mit diesen Einschränkungen, die der Autor selbst vorsichtig formuliert, kommt er etwa zu folgenden Ergebnissen: Die Formschärfe hat im großen und ganzen denselben Symptom-Wert wie bei Erwachsenen. Dagegen haben die Faktoren der Erlebnis-Fähigkeit, das heißt Bewegungs- und Farben-Antworten, am meisten Anlaß zu Fehldiagnosen, nämlich bei der Ausarbeitung der Psychogramme gegeben. Es war z. B. nicht möglich zu entscheiden, ob das Fehlen von Bewegungen bei Kindern einer primären Anlage oder einer funktionellen Hemmung entsprangen. So wurden auch neurotische Einschläge mehrfach übersehen. Durchaus recht geben kann man dem Verf., wenn er wie andere Autoren, die mit dieser Methode gearbeitet haben, die überraschend reichhaltigen und interessanten Aufschlüsse betont; ebenso wenn er die Benutzung des Rorschachschen Versuchs gutheißt nur im Rahmen einer umfassenden psychiatrischen oder pädagogischen Untersuchung, die auch Anamnese oder direkte Exploration einschließt. Die Versuchsergebnisse sind von der

Digitized by Google

Schulbildung ziemlich unabhängig. Dies unterscheidet sie von den Binet-Simonschen Intelligenzprüfungen. Dafür sind sie andererseits für spezifisch schulische Fragen, wie Versetzung usw., nicht zu brauchen. *Eliasberg* (München).

Margairaz, Emilie, et Jean Piaget: La structure des récits et l'interprétation des images de Dawid chez l'enfant. (Beschreibung und Erklärung der Dawidschen Bilder beim Kinde.) (*Inst. J. J. Rousseau, Genève.*) Arch. de psychol. Bd. **19**, Nr. 75, S. 211 bis 239. 1925.

Der Versuch mit den „Dawidschen Bildern" besteht darin, daß der Versuchsperson mehrere Paare von Bildern vorgelegt werden; die zu einem Paare gehörigen Bilder stellen Anfang und Ende einer Geschichte dar, deren Mittelglieder von der Versuchsperson in Form einer Erzählung der Geschichte zu ergänzen sind; die Schwierigkeit dieser Aufgabe nimmt von einem Bilderpaar zum anderen (im ganzen sechs) zu; im Durchschnitt wird sie mit 10 bis 12 Jahren gelöst. Die Prozentzahlen richtiger Lösungen auf den einzelnen Altersstufen werden angegeben; außerdem wird eine psychologische Analyse der kindlichen Leistungen versucht. *Bobertag* (Berlin).°°

Carmichael, Leonard: Eidetic imagery and the Binet test. (Eidetische Anschauungsbilder und die Binet-Prüfung.) Journ. of educat. psychol. Bd. **16**, Nr. 4, S. 251 bis 252. 1925.

Verf. macht darauf aufmerksam, daß einige der zur Binet-Prüfung gehörigen Aufgaben durch die Art, wie sie vom Prüfling gelöst werden, einen Hinweis auf seine „eidetische Veranlagung" zu geben vermögen. *Bobertag* (Berlin).°

Beverly, Bert I.: Behavior disorders in children. Psychologic examination. (Störungen im Betragen von Kindern. Psychologische Untersuchung.) (*Childr. mem. hosp., Chicago.*) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **14**, Nr. 6, S. 769—777. 1925.

Erläutert die Bedeutung der experimentellen Psychologie, insbesondere der Intelligenztests, für die Beurteilung der Psyche der Kinder. *Stern-Piper* (Solingen).

Bobertag, O., und E. Hylla: Zur Aufklärung über unser Verfahren der Begabungsprüfung. Zeitschr. f. pädag. Psychol. Jg. **26**, Nr. 10, S. 505—509. 1925.

Stern, William: Bemerkungen zu dem Aufsatz von Bobertag und Hylla „Zur Aufklärung über unser Verfahren der Begabungsprüfung". Zeitschr. f. pädag. Psychol. Jg. **26**, Nr. 10, S. 509—511. 1925.

Die Verff. des ersten Aufsatzes zeigen, daß die von W. Stern gegen ihr Verfahren der Begabungsprüfung erhobenen Einwände auf Mißverständnissen und Verkennung des von ihnen verfolgten Zieles beruhen. In dem zweiten Aufsatz versucht W. Stern seine Einwände als bis zu einem gewissen Grade berechtigt nachzuweisen. *Bobertag* (Berlin).°

● **Reich, Wilhelm: Der triebhafte Charakter. Eine psychoanalytische Studie zur Pathologie des Ich. (Neue Arb. z. ärztl. Psychoanalyse. Hrsg. v. Sigm. Freud. Nr. IV.)** Leipzig, Wien u. Zürich: Internat. Psychoanalyt. Verl 1925. 132 S. G.-M. 4.50.

Eine systematische Charakterlehre auf psychoanalytischer Basis gibt es nicht. Die Voraussetzung der psychoanalytischen Therapie wäre aber das vollkommene genetische Erfassen des Charakters. Hat man einsehen gelernt, daß es nicht allein auf die Beseitigung des Symptoms, sondern der neurotischen Reaktionsbasis ankommt, wenn wirkliche Heilung erzielt werden soll, so muß auch an Stelle der Symptomanalyse die Charakteranalyse treten. Das entscheidende Problem, warum eine primitive Triebkraft einmal in ein neurotisches Symptom, ein andermal in einen Charakterzug mündet, steht noch offen. Den Grundstein einer psychoanalytischen Charakterlehre erblickt der Verf. in Freuds „Ich und Es". Am Eingang zum charakterologischen Verständnis einer Persönlichkeit steht die Tatsache der Identifizierung und der Bildung des Ichideals. Zur Lösung des allgemeinen Promblems der Charakterbildung scheinen dem Verf. jene Fälle am besten geeignet, die einen groben Defekt der Ichstruktur aufweisen. Diese triebhaften Charaktere sollen in bezug auf gewisse spezifische Mechanismen zwischen Symptomneurose und Psychose stehen. Verf. sucht dieser Auffassung entsprechend den triebhaften Charakter gegen die einfachen Übertragungsneurosen einerseits, gegen die Schizophrenie andererseits abzugrenzen. Der Ausdruck triebhafter Charakter kann nur eine spezielle Form des neurotischen Charakters meinen, nämlich eine Störung der Gesamtpersönlichkeit, welche durch weniger ungehemmtes Agieren

Digitized by Google

gekennzeichnet ist. Der Gegensatz zwischen Neurose und triebhaftem Charakter wird vom Verf. folgendermaßen formuliert: „Bei den triebgehemmten Neurosen liegt eine geglückte und systematische Verdrängung des Über-Ich-Kernes vor, die dynamische geht nicht über die Verbindung des Bewußtwerdens hinaus. Das Ich darf zwar vom Kern des Über-Ich nichts wissen, es kennt nur seine Rationalisierungen, unterwirft sich aber im übrigen seinen Forderungen, die Es-Strebungen zu verdrängen. Wir wissen, daß das Mißglücken dieser Verdrängung die Symptome schafft. Der psychische Konflikt spielt sich bei der triebgehemmten Symptomneurose zwischen Ich plus Über-Ich einerseits, dem verdrängten Anteile des Es (den verpönten Objektbeziehungen) andererseits ab. Beim triebhaften Charakter ist das Über-Ich ‚dynamisch' und ‚mißglückt' verdrängt, die systematische Verdrängung ist mangelhaft. Es ist leicht zu begreifen, daß die Lückenhaftigkeit der systematischen Verdrängung (ebenso wie die der Partialtriebe und des Sadismus) eine Folge der dynamischen Verdrängung des Über-Ich durch das (Lust-)Ich ist. Der psychische Konflikt spielt sich hier zwischen drei Instanzen ab, das Ich erwehrt sich einerseits im Dienste des Über-Ich gegen das Es (wie der triebgehemmte Neurotiker), andererseits im Dienste des Es gegen das Über-Ich. Dieser doppelte Kampf (doppelte Gegenbesetzung) macht die hervorragende Zerrissenheit der Triebmenschen aus." Die Darlegungen Reichs über den triebhaften Charakter sind im ganzen eine so wenig selbständige Weiterführung der psychoanalytischen Lehren, daß eine Stellungnahme sich mehr allgemein gegen die grundlegenden Voraussetzungen der Psychoanalyse richten müßte als gegen diesen Versuch, hier einen kleinen Schritt vorwärts zu tun. *Erwin Straus* (Berlin-Charlottenburg).

Goldberger, Márk: Das Seelenleben des mittleren Kindes. Gyógyaszát Jg. **64**, Nr. 48, S. 791—793 u. Nr. 49, S. 815—819. 1924. (Ungarisch.)

Verf. stellt in lebendigen Farben die Stellung des mittleren Kindes (bzw. der mittleren Kinder) in der Familie dar. Eine Gruppe von ihnen empfindet schmerzlich, daß sie ohne auffindbare Ursache den ältesten und jüngsten Geschwistern gegenüber zurückgestellt wird, wodurch sie viel an Selbstvertauen einbüßt. Die andere Gruppe jedoch nimmt eine Trotzeinstellung ein, und will die ungerechte Zurückstellung durch äußeren Erfolg kompensieren. An instruktiven Beispielen aus eigener Erfahrung demonstriert Verf. die mannigfachen psychischen Reaktionen beider Typen.

G. Révész (Amsterdam).°°

Spranger, Eduard: Zur Psychologie des Pubertätsalters. Arch. f. Kinderheilk. Bd. **76**, H. 4, S. 241—252. 1925.

Vortrag, der die hauptsächlichsten Gesichtspunkte von Sprangers „Psychologie des Jugendalters" kurz zusammenfaßt. *Homburger* (Heidelberg).

Künkel, Fritz: Die geheime Distanz zwischen Mann und Frau. Beitrag zur Kritik des Sexualtriebes. Internat. Zeitschr. f. Individualpsychol. Jg. **3**, Nr. 6, S. 269—286. 1925.

Die außerordentlich kluge und gründliche Arbeit dient dem Beweis der individualpsychologischen These, daß die Lösung des Geschlechtsproblems im Leben stets nur in demselben Maße gelingt, als die Lösung der anderen Aufgaben, die uns das Leben stellt. Dem Beweis dienen 4 Fälle, in denen scheinbar uneingeschränktes Liebesglück neben mangelhaftem Gemeinschaftsgefühl oder scheinbar einwandfreie Menschenliebe neben der Unfähigkeit zur Lösung der sexuellen Aufgabe bestanden. In den beiden ersten Fällen erweist sich ein scheinbar unbändiger Sexualtrieb, der den Hauptinhalt des Lebens der Betreffenden bildet, als Mittel zur Unterwerfung des anderen Geschlechts. Der scheinbar übermächtige Trieb dient als Entschuldigung. Die 2 anderen Fälle bedienen sich des umgekehrten Kunstgriffes: Frigidität und Impotenz stehen im Dienste des Strebens nach Erhöhung des Persönlichkeitsgefühls. In allen 4 Fällen treibt Entmutigung dazu, eine Distanz zwischen sich und dem Leben zu lassen, und der Sexualtrieb erweist sich als geeignetes Mittel dazu. Die Sexualität verhält sich zum Gemeinschaftsgefühl wie Modus zu Attribut in der Terminologie Spinozas. Der Modus — die Sexualität —

Digitized by Google

kann unmöglich gut funktionieren, wenn ein Fehler im Attribut — im Gemeinschaftsgefühl — steckt. „Der Glaube an den autonomen Sexualtrieb, der dem Menschen die Verantwortung für sein sexuelles Verhalten scheinbar erleichtert, führt mich nur ... zur Umgehung der Gemeinschaftsprobleme und damit zur Umgehung der Lebensentfaltung, sondern auch zu den Qualen und Quälereien, die mit dem Zurückbleiben hinter der zuständigen Entwicklungstufe notwendig verbunden sind.“ Der einzige Grund der Liebeshemmung liegt in der Mutlosigkeit; die Kluft zwischen Mann und Frau besteht nur, weil und solange man an sie glaubt. Sie muß in dem Maße verschwinden, als die Distanz zwischen Mensch und Mensch verschwindet. *Erwin Wexberg* (Wien).

Juliusburger, Otto: Zur Psychologie der Genußgifte. Blätter f. Volksgesundheitspfl. Jg. 25, H. 12, S. 219—221. 1925.

Juliusburger knüpft an den französischen Denker Guyau an, dessen Werk „Sittlichkeit oder Pflicht“ kürzlich ins Deutsche übertragen worden ist. Guyau habe wie Alfred Adler, aber schon vor ihm, die Bedeutung der Minderwertigkeitsgefühle betont. Diese spielen auch bei dem Mißbrauch der Genußgifte eine Rolle. Prahlerisch getragene Trinkfestigkeit kann nur Fassade schlecht maskierter Minderwertigkeitsgefühle sein. „Man sucht leicht das stolze Gefühl eines Siegers, wenigstens an der Kneiptafel, die Bewunderung im Wirtshaus bei der Vertilgung von Alkoholmengen — und kann dabei so schön den eigentlichen Kampfplatz des Lebens umgehen.“ Freigiebigkeit im Spendieren von Alkohol oder Tabak vermag über eigene Nichtigkeit hinwegzutäuschen, kurzum die Genußgifte können zu Scheinlösungen der Lebensprobleme führen, und gerade aus solcher Betrachtung kann in Einzelfällen der Weg zur Heilung gefunden werden. Es muß das Insuffizienzgefühl korrigiert werden, die Selbsterkenntnis, denen der Rausch im Wege steht, vermittelt und so mit der Einsicht auch die Fähigkeit, ihr gemäß zu handeln, erzielt werden. *F. Fränkel* (Berlin).

● **Seeling, Otto: Das Problem der Suggestion in der Erziehung mit Berücksichtigung der Heilpädagogik. (Pädagog.-med. Abh. H. 1.)** Berlin: Pyramidenverl. Dr. Schwarz & Co., G. m. b. H. 1925. 30 S. G.-M. 1.20.

Jeder Jugenderzieher hat den Wert und die Stellung eines Suggestors. Er hat in der Psyche des Zöglings eine überaus machtvolle Position, die dadurch zu erklären ist, daß der Suggestor (Erzieher) für den Suggerierten einen affektiven Komplex bildet, der so gewaltig werden kann, daß er bei der Motivsetzung das unbeeinflußte Ich vollständig zurückdrängt. Der mit der Psychologie der Suggestion vertraute Erzieher muß aber darauf achten, daß im Lauf der fortschreitenden Entwicklung des Kindes die spezifische Gefühlsbindung gelockert wird. Hypnose kommt bei der Erziehung nicht in Betracht; soweit verbale Einwirkung in Frage steht, sind allein die Suggestionen berechtigt, die sich aus der Entwicklungsstufe des kindlichen Geistes ergeben. Solange das Kind an seinen Erzieher glaubt, solange ist das von ihm Dargebotene vom Standpunkt des Kindes aus Suggestion; ist der Glaube erschüttert, dann bleibt nur noch die Persuasion übrig. Auch in der Heilpädagogik wird das Beispiel eines treuen und fleißigen Lehrers und Erziehers infolge der stets wirksamen Suggestivität gar nicht hoch genug eingeschätzt werden können. *Schob* (Dresden).

Göppert, F.: Über das Erziehungsbedürfnis des Kindes. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 40, H. 1/2, S. 157—169. 1925.

Verf. kommt aus der einfachen Betrachtung der Vorgänge in der Sprechstunde zu grundlegenden Erziehungsprinzipien, die er in maßgebenden Erziehungssystemen wiederfindet. Darum sind die vielen von ihm gegebenen Winke für die Erziehung dem Pädagogen nicht durchweg neu, in der Ableitung aber originell. Bemerkenswert ist, daß die einfachste und klarste Strafe, der kurze Schlag, schon vom Säugling verstanden wird. Verf. will ihm keineswegs das Wort reden, warnt vielmehr davor, das Gefühl persönlicher Würde, das sich bei guterzogenen Kindern früh entwickelt, durch grobe Eingriffe zu stören. Die eigentliche Strafmethode ist die durch das Wort, das allerdings kurz sein muß. Ehe das Kind die Sprache versteht, vermag es durch sein Einfühlungsvermögen fremden Willen zu erfassen. Verf. warnt, das Kleinkind durch zu starke Anregung zu überreizen, natürlich ist auch das Gegenteil schädlich und Tempo und Grad der geistigen Orientierung im vorschulpflichtigen Alter darf nicht dem Kinde allein überlassen werden. *Gregor* (Flehingen i. Baden).

Digitized by Google

Lahy, J. M.: Les profils psychologiques dans la sélection et l'orientation professionnelles. (Die psychologischen Profile bei der Berufsauslese und der Berufsberatung.) (*Ecole prat. des hautes études, Paris.*) Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 165—167. 1925.

Es ist unzweckmäßig, die Berufseignung eines Menschen durch eine Zahl auszudrücken. Bei der Berufszuordnung empfiehlt es sich, die den einzelnen Fähigkeiten und Errungenschaften entsprechenden zahlenmäßigen Befunde in Form eines Profiles darzustellen. (Lahy stellt als Beispiel die Profile von „guten" und „schlechten" Straßenbahnführern einander gegenüber.) Während man sich beim Ausleseverfahren auf die Darstellung einiger weniger solcher berufswichtiger Eigenschaften beschränken kann, sollen die der Berufsberatung zugrundezulegenden Profile möglichst vollständig sein. *Lipmann* (Neubabelsberg b. Potsdam).

Freud, Sigm.: Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds. Internat. Zeitschr. f. Psychoanalyse Bd. 11, H. 4, S. 401—410. 1925.

Die Psychoanalyse einer beschränkten Anzahl nicht näher mitgeteilter Fälle führte Freud zu einem Ergebnis, „das sehr wichtig wäre, wenn es sich als allgemeingültig erweisen ließe." Er bezieht sich auf Frauen, die mit besonderer Intensität und Zähigkeit an ihrer Vaterbindung festhalten und an dem Wunsch, vom Vater ein Kind zu bekommen, in dem diese gipfelt. „Man hat guten Grund, anzunehmen, daß diese Wunschphantasie auch die Triebkraft der infantilen Onanie war, und gewinnt leicht den Eindruck, hier vor einer elementaren, nicht weiter auflösbaren Tatsache des kindlichen Sexuallebens zu stehen. Eingehende Analyse gerade dieser Fälle zeigt aber etwas anderes, nämlich daß der Ödipuskomplex hier eine langeVorgeschichte hat und gewissermaßen eine sekundäre Bildung ist." Das Ergebnis ist aber dieses: „Während der Ödipuskomplex des Knaben am Kastrationskomplex zugrunde geht, wird der des Mädchens durch den Kastrationskomplex ermöglicht und eingeleitet." Dies aber gehe folgendermaßen zu: Auch beim Ödipuskomplex des Knaben sei zwar noch lange nicht alles an der Vorgeschichte klar. Das erste Element der Vorzeit, „die nie ausbleibende masturbatorische Betätigung am Genitale, die frühkindliche Onanie", wird von den Pflegepersonen unter Erzeugung des Kastrationskomplexes unterdrückt. Die O. hängt entweder von Anfang an am Ödipuskomplex oder gewinnt später an ihn Anschluß. Identifizierung mit dem Vater und Belauschung des elterlichen Coitus in sehr früher Kinderzeit fundieren ihn. Da letztere doch nicht als regelmäßig angenommen werden kann, muß auf „Urphantasien" zurückgegriffen werden. Anders gehe es beim Mädchen zu. Bei ihm erhebe sich die Frage, wie es dazu kommt, das erste Libidoobjekt, die Mutter, aufzugeben und den Vater an ihre Stelle zu setzen. Während der Knabe den ersten Anblick der Genitalgegend des Mädchens verleugne, abschwäche, erblicke er später unter der Wirkung der Kastrationsdrohung im weiblichen Genitale den Vollzug dieser Drohung unter einem „fürchterlichen Affektsturm"; dann ergreife ihn entweder Abscheu vor dem verstümmelten Geschöpf oder triumphierende Geringschätzung derselben. Im Gegensatz zum Knaben sei das Mädchen „im Nu mit seinem Urteil und seinem Entschluß fertig. Sie hat es gesehen, weiß, daß sie es nicht hat, und will es haben: Penisneid. — Nun weigere sich das Mädchen, die Tatsache der Kastration anzuerkennen, versteife sich in der Überzeugung, daß es doch einen Penis besitzt und sei, um seinem anatomischen Minderwertigkeitsgefühl nicht zu erliegen, gezwungen, sich in der Folge so zu benehmen, als ob es ein Mann wäre. Der Penisneid lebe später in der Charaktereigenschaft der Eifersucht fort. Die Folgen des Penisneides aber seien zweierlei Art: 1. Die Mutter wird von dem Mädchen „am Ende fast immer" für den Penismangel, „die so ungenügende Ausrüstung", verantwortlich gemacht, und so lockere sich das zärtliche Verhältnis zu ihr. Man verstehe zwar diese Lockerung nicht sehr gut, doch überzeuge man sich, daß dies der Hergang sei. 2. Eine andere überraschende Wirkung des Penisneides gehe über die Entdeckung der Minderwertigkeit der Klitoris. Diese Entdeckung, nämlich es mit dem Manne doch nicht aufnehmen zu können, veranlasse

Digitized by Google

das Mädchen, die Klitorisonanie aufzugeben. Es entwickle sich eine starke Gegenströmung gegen die Onanie überhaupt, die schließlich Raum für die Entwicklung der Weiblichkeit schaffe. Die „vorgezeichnete symbolische Gleichung: Penis = Kind" bestimmte den weiteren Gang dahin, daß das Mädchen den Wunsch nach dem Penis aufgebe und den Wunsch nach dem Kinde an die Stelle setze; in dieser Absicht (im Original gesperrt) nehme es den Vater zum Liebesobjekt. So werde die Mutter, da nun aus dem Mädchen ein kleines Weib geworden sei, zum Objekte der Eifersucht. Daraus zieht nun F. den Schluß, daß der Kastrationskomplex beim Mädchen in der Form der genitalen Organminderwertigkeit die Entstehung des Ödipuskomplexes ermöglicht und einleitet. — Ref. glaubt für sich in Anspruch nehmen zu dürfen, der Lehre F.s ohne Voreingenommenheit und mit voller Würdigung grundsätzlicher Erkenntnisse gegenüber zu stehen. Die oben wiedergegebenen Gedankengänge aber vermochten ihn in der Sache nicht zu überzeugen; zu sehr überwiegt in ihnen die Tendenz einer Abrundung der Lehre auch in diesem Betrachte — koste es, was es wolle. *Homburger.*

Hermann Imre: Psychoanalyse und Psychologie. Magyar Orvos Jg. **6**, Nr. 23, S. 500—502. 1925. (Ungarisch.)

Vortrag über die Grundprinzipien der Psychoanalyse und Polemik mit der Methode der Experimentalpsychologie, ohne neue Argumente oder Gesichtspunkte zu bringen.
Kluge (Budapest).

Levy, David M.: Behavior disorders in children. Psychanalytic studies. (Störungen im Betragen von Kindern. Psychoanalytische Untersuchungen.) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **14**, Nr. 6, S. 786—792. 1925.

Legt, unter Anführung von 2 Fällen, die Bedeutung der Psychoanalyse für die Aufdeckung der verursachenden Momente bei den Störungen im Betragen von Jugendlichen dar. Aus der anschließenden Diskussion sind die Erörterungen über die Schwierigkeiten der Festlegung des Begriffes des normalen Betragens der Jugendlichen erwähnenswert. Nach D. M. Levy wiche der nichtmasturbierende Knabe, da 93% aller männlichen Jugendlichen masturbierten, von der Norm ab. *Stern-Piper* (Solingen).

Stekel, Wilhelm: Der Abbau des Incestkomplexes. Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychoanalyse Bd. **2**, S. 211—239. 1926.

Verf. wendet sich in der ihm eigenen anregenden und anschaulichen Weise gegen die Auffassung und psychotherapeutische Bearbeitung des Incestkomplexes durch die Psychoanalyse, die ihm zu einseitig und oberflächlich erscheinen. Mit der Bewußtmachung eines Incestkomplexes sei seine Zertrümmerung noch nicht gegeben. Aufgedeckt seien damit nur die Ursachen der Lebensunfähigkeit. Die weitere Überwindungsarbeit habe der Patient allein zu vollziehen.
Birnbaum (Herzberge).

Robitsek, Alfred: Der Kotillon. Ein Beitrag zur Sexualsymbolik. Imago Bd. **11**, H. 4, S. 421—459. 1925.

Die Formen des gesellschaftlichen Verkehrs zwischen den Geschlechtern sind das Produkt einer Sexualverdrängung. Es ist ein Vergleich mit der Zwangsneurose gestattet. Hier wie dort eine Affektverschiebung. Auch der Tanz ist ein — sublimiertes — Produkt der Sexualverdrängung, aber bei „Herabsetzung der Zensur". Er ist als „sexuelles Aequivalent", als „Ersatzhandlung", als Kompromiß zu deuten. Nun bestehen auch Ähnlichkeiten zwischen Tanz und Traum, besonders auffällig tritt dies beim Kotillon hervor. Die zahlreichen bunten Figuren des Kotillons werden nun mit Hilfe der Symbole und Mechanismen der Traumpsychologie Freuds eingehend analysiert und als „erotische Ersatzhandlung" gedeutet. „Das erotische Motiv, das zahlreichen Träumen zugrunde liegt, ist hier das ausschließliche." Einzelheiten (es sind 150 Kotillonfiguren analysiert) müssen im Original nachgelesen werden. *Felix Jung* (Hildburghausen).

Marcinowski, J.: Eine Traumanalyse. Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychanalyse Bd. **2**, S. 29—36. 1926.

Aufrollung der Triebkonflikte eines haltlosen Psychopathen an der Hand eines kurzen Traumerlebnisses. Kühne Anwendung Freudscher, Adlerscher, Stekelscher Deutungsprinzipien. Der Verf. hält es für „denkbar, daß die Zukunft mit einer weiteren Vertiefung solcher Erkenntnisse auch in der Lage sein wird, heilend zu helfen" und verfällt damit in den gleichen Aberglauben an die Wirkung der „Vernunft", den er im Satze vorher den Moralisten zum Vorwurf macht. *Mayer-Gross* (Heidelberg).

Digitized by Google

Révész, Géza: Abstraktion und Wiedererkennung. Vergleichend-psychologische Versuche an Menschen und an niederen Affen. (*Psychol.-pädag. Laborat., Univ. Amsterdam.*) Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg., I. Abt.: Zeitschr. f. Psychol. Bd. **98**, H. 1/2, S. 34—56. 1925.

Die Forschungsgrundsätze, die den Verf. bei seinen Tierversuchen leiteten, werden kurz dargelegt: 1. Werden gewisse Leistungen der Menschen auch beim Tier angetroffen? 2. Kommen gewisse Fähigkeiten, die angeblich allein den Menschen auszeichnen, in der Tierwelt nicht vor? 3. Welche von verschiedenen Erklärungsmöglichkeiten über menschliche Leistungen erscheinen nach dem Tierversuch als annehmbar oder als unannehmbar? 4. Welche Verschiedenheiten ergeben sich bei komplizierten Leistungen von Menschen und Tieren? — Bei der Darlegung der Forschungsabsichten werden einige Tierversuche erwähnt, so die bei Hühnern, die in gleicher Weise wie die Menschen die scheinbaren Größenunterschiede zweier kongruenten Segmente (Jastrowsche Figur) wahrnehmen. Nach Darstellung von Abstraktionsversuchen bei Kindern und Erwachsenen bezüglich Farbe und Form wird dann über entsprechende Versuche bei niederen Affen berichtet. Sie lassen den Schluß zu, daß in der Ähnlichkeitserkennung bzw. der Wiedererkennung von Teilinhalten und in der Fähigkeit, die Aufmerksamkeit gleichzeitig oder nacheinander auf 2 Merkmale zu richten, die aus ihrer Verbindung gelöst und in neue Verbände eingegangen sind, die Vorstufe der Abstraktion zu erkennen sei. *Dreßler* (Berlin).

Verlaine, L.: La psychologie des hyménoptères. (Die Psychologie der Hymenopteren.) Ann. et bull. de la soc. roy. des sciences méd. et natur. de Bruxelles Jg. **1925**, Nr. 6/7, S. 113—131. 1925.

Interessante Experimente zur Psychologie der Bienen, Wespen und Hummeln, die durch kritisch erdachte Kontrollversuche sehr an Wert gewinnen. Es wird in Nestfindungsversuchen die Bedeutung der verschiedenen Sinnesqualitäten für die Wiederfindung des Nestes geprüft, wobei sich der Gesichtssinn als der weitaus überlegene erweist. Dann werden in Labyrinthversuchen Fähigkeiten des Lernens und des Gedächtnisses geprüft und die Erfolge mit denen bei höheren Wirbeltieren verglichen. Verlaine kommt durch seine Versuche, die der Interessent wohl im einzelnen studieren muß, zu dem Ergebnis, daß die Annahme eines „Instinkts" eigentlich nicht mehr zeitgemäß ist und möchte deshalb das Wort endgültig beseitigt wissen. Die psychologischen Vorgänge der Bienen sind denen der höheren Wirbeltiere und des Menschen durchaus analog, wenn auch natürlich sehr viel einfacher und vor allen Dingen im Laufe des Individuallebens sehr vereinfacht, auf das notwendigste reduziert, jedenfalls beim sozial lebenden Insekt, während sich beim einzellebenden Insekt aus Gründen seiner Selbsterhaltung eine Anzahl komplexerer psychologischer Vorgänge erhalten haben. *Tuczek* (Kennenburg).

Allgemeine neurologische Diagnostik und Symptomatologie.

Smith, G. Elliot: Right-and left-handedness in primitive men. (Rechts- und Linkshändigkeit bei primitiven Menschen.) Brit. med. journ. Nr. **3389**, S. 1107—1108. 1925.

Smith geht von dem Gedanken aus, daß die Dicke und Länge des Oberarmes und des Schlüsselbeins, die Konfiguration des Schädels und die Anordnung der Hirnfurchen und Hirnwindungen beweisend wären für die Anlage zur Rechts- bzw. Linkshändigkeit, gibt aber andererseits zu, daß diese Anlage durch erziehliche Momente später umgeändert werden könne. Bei Prüfung des Schädels des Pithecanthropus und der Knochen primitiver Rassen kommt er daher zu dem Ergebnis, daß unter ihnen relativ viele Linkshänder seien, einem Ergebnis also, das an sich vielleicht richtig sein mag, bei kritischerer Fassung des Begriffes der Rechts- bzw. Linkshändigkeit aber durch sein Material nicht bewiesen wird. *Stier* (Charlottenburg).

Hoff, Ferdinand: Über das Manifestwerden latenter Gehirnkrankheiten durch die Menstruation. (*Städt. Krankenanst., Kiel.*) Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. **150**, H. 1/2, S. 83—91. 1926.

In 3 Fällen mit bis dahin latenter Gehirnerkrankung wurden die ersten Symptome offenkundig im Zusammenhang mit der Menstruation; in einem Falle handelte es sich um einen autoptisch festgestellten Erweichungsherd (Gliom?) in einem Stirnlappen,

Digitized by Google

im zweiten um einen Tumor cerebri oder tuberkulösen Prozeß, im dritten um Lues cerebri. Gerade in der praemenstruellen Zeit besteht die Gefahr der Verschlimmerung der Gehirnsymptome. Als Ursachen dieses Zusammenhanges werden vom Verf. angeführt erhöhte Durchlässigkeit des Plexus chorioideus und der Meningen, erhöhter Liquordruck, vermehrte Blutfülle in den Kopfgefäßen und Blutungsneigung, Anfachung von entzündlichen Reaktionen und kolloid-chemischen Veränderungen in der Gehirnsubstanz. Bei Anfällen mit heftigen Kopfschmerzen, Bewußtlosigkeit oder sonstigen verdächtigen Symptomen in Zusammenhang mit der Regel muß an eine organische Hirnerkrankung gedacht werden. *G. Stiefler* (Linz).

Szemző, György: Der Schmerz als führendes Symptom. Gyógyászat Jg **65**, Nr. **44**, S. 982—986 u. Nr. 45, S. 1012—1014. 1925. (Ungarisch.)

Die bei internen Erkrankungen vorkommenden Schmerzen und Druckempfindlichkeit werden hauptsächlich vom internistischen Standpunkte besprochen. Druckempfindlichkeit und spontaner Schmerz decken sich nicht immer, auch kann mitunter bloß eine dieser Erscheinungen bestehen. Fehlen einer Druckempfindlichkeit oder spontanen Schmerzes beweist nichts gegen das Bestehen einer organischen Krankheit. Entstehen, Intensität und Ausbreitung von Druckempfindlichkeit, Hyperalgesie und Schmerz hängt von verschiedenen Umständen ab: 1. vom Reizzustande der Peripherie; 2. vom Zustande der Ganglienzellen des Rückenmarkes, z. B. ob sich dieselben nicht durch Erkrankung eines anderen Organes bereits in einem erhöhten Reizzustande befinden; 3. vom Zustande der cerebralen schmerzempfindenden und leitenden Bahnen und Zentren (Hirnrinde, Thalamus) und deren pathologisch, physiologisch und medikamentös bedingten Veränderungen; 4. von einer Steigerung des allgemeinen Neurotonus. Schließlich bespricht Verf. die Lokalisationen der spontanen Schmerzen oder Druckempfindlichkeiten je nach dem Sitze des erkrankten Organes, wobei Seite und Segmenthöhe wertvolle Fingerzeige enthalten; unpaarige Organe haben meist doppelseitige, paarige Organe hingegen einseitige Lokalisation der Druckempfindlichkeit und des spontanen Schmerzes. Obwohl die Intensität des spontanen Schmerzes meist von der Intensität der Grundkrankheit abhängig ist und die Lokalisation meist Anhaltspunkte gibt für den Erkrankungsherd, hängt doch der Schmerz häufig ab vom Zustande des Nervensystems und die Lokalisation von persönlichen Abnormitäten.

Karl Hudovernig (Budapest).

Menninger, William C.: Unilateral Argyll-Robertson pupil, with presence of consensual reaction in both eyes. Report of a case. (Einseitiges Argyll-Robertsonsches Symptom mit erhaltener konsensueller Reaktion auf beiden Augen.) (*Bellevue hosp., New York.*) Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. **69**, Nr. 1, S. 58—60. 1926.

49jährige Frau, linksseitige serös-fibrinöse Pleuritis. Zunge weicht ein wenig nach links ab. Geringe Sprachstörung. PSR. gesteigert, AchSR. herabgesetzt. Serum-WaR. ++++, Liquor-WaR. negativ. Lange 1 222 100 000. Rechte Pupille lichtstarr, auf Akkommodation und Konvergenz, sowie auf Lichteinfall in das linke Auge reagierend. Kontur rund, ein wenig enger als links. Linke Pupille reagiert in jeder Hinsicht, auch auf Lichteinfall in das rechte Auge. Gesichtsfeld beiderseits normal. Augenbewegungen frei, kein Nystagmus. Rechte Papille erscheint nasalwärts leicht verwaschen, doch nicht pathognostisch für Neuritis. Visus beiderseits auf Korrektur normal.

In den epikritischen Bemerkungen betont Verf. unter Heranziehung der einschlägigen Literatur die große Seltenheit derartiger Fälle. *Alexander Pilcz* (Wien).

Sarbó, Artúr: Über die Cisternenpunktion (Ayer-Eskuchen). Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 49, S. 1189—1195. 1925. (Ungarisch.)

Verf. teilt seine Erfahrungen mit, die er an 180 Cisternenpunktionen (in 150 Fällen) gemacht hat. Was die Technik anbetrifft, stimmt Sarbó dem Satz von Eskuchen bei: „In Einzelheiten wird jeder Untersucher die Technik persönlich modifizieren." Zuerst ging er nach den Angaben von Eskuchen vor, nur mit dem Unterschied, daß der Kopf des Patienten durch einen Assistenten stark nach vorn gebeugt wurde. Beim Herumtasten am Occiput mit der Nadel verbog sich dieselbe öfters, außerdem hat man oft blutig tingierten Liquor erhalten. Aus diesen Gründen wurde später die

Digitized by Google

Modifikation von Ayer-Jánossy angewandt. Diese hat aber nach Ansicht des Verf. den Nachteil, daß man sich oft plötzlich in der Cisterne findet, ohne vorher den Widerstand der Membrana atlantooccipitalis gefühlt zu haben. Die Erklärung dieser Tatsache findet Verf. in dem Umstand, daß man ohne Orientierung vom Hinterhauptbein aus mit der Nadel demjenigen Teil der Membrana atlantooccipitalis beikommt, welcher dem Atlasbogen zu nahe liegt. Bei Punktionen an dieser Stelle gewinnt man oft schon bei 3 cm Tiefe Liquor. Seit diesen Erfahrungen hält sich Verf. an seiner eigenen Methode. Die Punktion soll möglichst im Sitzen ausgeführt werden. Der Kopf wird durch einen Assistenten in starker Anteflexion beiderseits fixiert. Dadurch werden nämlich die Weichteile gespannt, wodurch zu vermeiden ist, daß die Nadel sich von der Mittellinie entfernt und die Gefahr der Läsion der A. vertebralis besteht. (Diese Modifikation ist schon von Jánossy angegeben worden.) Die Punktionsstelle wird so bestimmt, daß man den Dornfortsatz des Epistropheus auspalpiert und 2—2,2 cm oberhalb davon einsticht. Die Nadelführung soll unbedingt in der Mittellinie geschehen; ihre Richtung ist das Hinterhauptbein, welches nach 1,5—2 cm erreicht wird. Jetzt wird die Nadel etwas zurückgezogen, das äußere Ende etwas gehoben und in dieser Richtung wieder in die Tiefe geführt. Nach 4 cm (die Nadel ist bei 4—5—6 cm marquiert), fühlt man schon den harten Widerstand der Membrana atlantooccipitalis. Von jetzt ab darf man nur millimeterweise weiterschreiten, dabei auch oft mit der angesetzten Spritze ansaugen. Wenn bei 5 cm Tiefe noch kein Liquor zu erhalten ist, wird die Punktion in rechter Seitenlage weitergeführt, wobei recht bald der Liquorfluß beginnt. Wenn bis 6 cm noch immer kein Liquor kommt, wird vom weiteren Versuch abgesehen und die Punktion abgebrochen. In der Mehrzahl der Fälle ist jedoch schon bei 4—5 cm Liquor zu erhalten. (Nach Eskuchen bei 4,5—5,5 cm.) Während der Liquorentnahme wird Patient dauernd nach Schmerzen gefragt. Falls solche an der Stirngegend angegeben werden, wird die weitere Punktion unterbrochen. Aus den 180 Fällen ist die Punktion nur in 16 Fällen mißlungen. In 10 Fällen war bis 6 cm kein Liquor zu erhalten, zweimal war sie unmöglich wegen alter Karbunkelnarben, zweimal hat das hysterische Benehmen des Patienten die Ausführung verhindert und bei zwei diagnostischen Punktionen kam blutig tingierter Liquor. Verf. hat keine Manometermessungen angestellt, jedoch die Erfahrung gemacht, daß bei den meisten organischen Nervenerkrankungen der Liquor von selbst zu träufeln anfing (im Sitzen), d. h. in der Cisterne ein positiver Druck vorhanden war. Unter 74 organischen Erkrankungen war bei 40 (57%) der Druck in solcher Weise erhöht. Im einzelnen: Epilepsie 60%, Lues cerebri 63%, progr. Paralyse 59% und bei Parkinsonismus 22%. Im weiteren werden die diagnostischen und therapeutischen Vorteile der Cisternenpunktion behandelt. Die ersteren besonders bei der Myelographie, die letzteren bei den verschiedensten organischen Erkrankungen. Bei Meningitiden (tuberculosa, serosa, alcoholica, luetica) werden die Kopfdruckerscheinungen ganz wesentlich gemildert bzw. aufgehoben. Es werden nämlich durch die Punktion dem durch alte meningeale Narben im Subarachnoidealraum gestauten Liquor bessere Zirkulationsmöglichkeiten bzw. freier Abfluß geschaffen. Bei Epilepsie wird die Cisternenpunktion prinzipiell angewandt, ganz besonders bei den genuinen Fällen und im Status epilepticus, wo das vorhandene Hirnödem erleichtert wird. Bei Fällen von Hirntumor, wo die Operation wegen des komatösen Zustandes des Patienten nicht rasch genug ausgeführt werden kann, kann man die Dekompression durch eine Cisternenpunktion ersetzen, wodurch man eventuell einige Tage Zeit gewinnen kann. Bei einem Fall von paralytischem Anfall hat die Punktion (mit darauffolgender Lufteinblasung) eine ausgezeichnete Wirkung gehabt. — Verf. erwähnt ferner den Mißstand, daß man in der Sprechstunde oft gezwungen ist, bei Luikern von der Liquoruntersuchung Abstand zu nehmen. Hier kommt die Cisternenpunktion als eine einfache Methode mit sehr geringen Nachbeschwerden sehr günstig zu Hilfe. Sie soll eventuell in der Zukunft aus diesem Zwecke auch bei Heiratskandidaten angewandt werden. *F. Klauber* (Budapest).

Digitized by Google

● **Munk, Fritz: Grundriß der gesamten Röntgendiagnostik innerer Krankheiten für Ärzte und Studierende. 3. verb. Aufl.** Leipzig: Georg Thieme 1926. VIII, 316 S. RM. 14.50.

Das Buch wendet sich vor allem an den praktischen Arzt und will diesem in kurzer, knapper und klarer Form die wichtigsten Ergebnisse der Röntgenologie der inneren Krankheiten bringen. Diese Absicht ist dem Verf. in ausgezeichneter Weise gelungen. Besonders eingehend und mit sehr guten Abbildungen illustriert ist das Kapitel über Gelenkerkrankungen dargestellt. Auch alle neueren Untersuchungsmethoden, wie Pneumoperitoneum, Encephalographie, Darstellung der Gallenblase mittels Kontrastmitteln sind klar geschildert. Wenn auch die Tuberkulose der Wirbelsäule im allgemeinen in den Röntgenlehrbüchern für innere Medizin meist nicht abgehandelt wird, so glaube ich doch, es würde diesem Buch zur Abrundung ein Kapitel über die auch für den praktischen Arzt so wichtige tuberkulöse Erkrankung der Wirbelsäule nur zum Vorteil gereichen. *Otto Schwab* (Breslau).

Foerster, O.: Encephalographische Erfahrungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **94**, H. 4, S. 512—584. 1925.

Ein Urteil über den Wert einer neuen diagnostischen Methode erfordert zunächst Sammlung möglichst vieler Erfahrungen an möglichst breitem Material. Zahlreiche absprechende Meinungen, zum Teil von berufener Seite, über die Encephalographie beruhen voreilig auf Beobachtungen einzelner unglücklich verlaufener Fälle oder auf dem Versagen erwarteter diagnostischer Vorteile. Deshalb sind die Erfahrungen des Verf. mit dieser Methode an über 100 Fällen von besonderer Bedeutung. Die Luft wurde stets lumbal zugeführt außer bei den Fällen, in denen auch nur der Verdacht einer Raumbeengung in der hinteren Schädelgrube bestand. Hier unter Umständen Luftzufuhr durch Ventrikelpunktion. Ob die SOP als Luftweg Vorteile bietet, kann Verf. aus eigener Erfahrung nicht entscheiden, nach der, die Ref. gemeinsam mit E. Heymann gemacht hat, kommt sie bei stärkerem Druck in der hinteren Schädelgrube nicht in Betracht, weil die Cisterna cerebellomedullaris plattgedrückt ist. Verf. benutzte meist den vereinfachten Bingelschen Apparat. Bei der Lufteinblasung sitzt der Kranke am besten, weil so die Luft am raschesten aufsteigt. Labile Kranke punktiere man in schräger Seitenlage, ebenso vorher Sitzende, falls sie bei der Injektion schwach werden oder Kopfschmerzen bekommen. Narkotica waren fast stets überflüssig, manchmal wirkt die Luft als Narkoticum. Bei unruhigen Kindern braucht man im Beginn einen Chloräthylrausch. Durch Beugen und Strecken des Kopfes kann stockender Luftaufstieg beseitigt werden. Bei lumbaler Zuführung gewinnt man brauchbare Bilder schon bei 60 ccm Luft, meist bei 100—150 ccm, bei VP. schon mit 40—50 ccm; einmal bei schwerem Hydrocephalus Zufuhr von 300 ccm, die nur ca. $^1/_3$ des Ventrikelliquors ausmachen. Nebenerscheinungen: spinale Reizerscheinungen durch Vorbeistreichen der Luft, meist in die Scapeln lokalisiert oder als Brustgürtel empfunden. Manchmal Kopfschmerzen, seltener Brechen, Schweiße, ganz ausnahmsweise regelrechte, aber rasch vorübergehende Kollapse. Bisher sah Verf. in keinem Fall ernstere Folgen. Röntgenaufnahmen im Liegen, Hinterkopf auf der Platte bei anteroposteriorer Aufnahme. Aufnahme in umgekehrter Richtung gibt natürlich ein anderes Bild. Rechts- oder Linkslage bei Seitenaufnahme ist nach Verf. meist belanglos. Gelegentlich Aufnahmen im Sitzen zur Darstellung des Flüssigkeitsspiegels in den Ventrikeln. Luft noch nach 4—10 Tagen, einmal nach 3 Wochen im Bilde oder bei Hydrocephalus durch Plätschergeräusch nachweisbar. Einmal bei einer Encephalitiskranken kein Eindringen von Luft in den Schädel, sondern nur in den obersten Teil des Wirbelkanals und in die Nackenmuskeln (Hautemphysem!). Verf. hält es für am wahrscheinlichsten, daß hier die Luft durch den Stichkanal in den Epiduralraum gekommen, aufgestiegen und hoch oben durch die For. intervertebr. entlang den aus ihnen in die Halsmuskeln ziehenden Venen in die Septen zwischen den einzelnen Nackenmuskeln vorgedrungen ist. Bei der Mitteilung seiner

Digitized by Google

Befunde setzt Verf. Kenntnis des normalen Encgr. voraus. Wovon es abhängt, daß beim Normalen individuell der gleiche Raum besser oder schlechter oder gar nicht gefüllt wird, ist bisher nur teilweise klar. Zwei schöne Abbildungen zeigen deutlich die Luft im IV. Ventrikel, der bei Frontalaufnahmen nicht selten als rundes, ovales oder spaltförmiges Gebilde unterhalb des III. Ventr. erscheint und die Cisterna pontis. Verf. bespricht dann die Bilder bei verschiedenen, zuerst bei 8 kongenitalen Hirnprozessen. Starke Ventrikelerweiterung bei Hydr. congenitus apertus (Fall 4). Zur Prüfung der Liquorpassage ist Injektion von 2 ccm 1 proz. Jodnatronlösung besser als von der schwer exakt titrierbaren, von Amerikanern empfohlenen Phenolsulphonphthaleinlösung. Bei normaler Kommunikation ist Jod nach 10, spätestens 15 Minuten im Ventrikel oder Duralsack nachweisbar. Bei Prüfung der Liquorresorption, die vor allem durch die Pacchionischen Granulationen erfolgt, gleiche Methode, Jod erscheint dann nach 30—45 Min. oder noch später, normalerweise aber spätestens innerhalb der 1. Stunde im Harn. Die Passage kann für Luft gesperrt, aber für Jod oder Phenolsulphonphthalein verzögert oder durchgängig sein (relative Passagehindernisse). Nimmt man nach dem Encgr. Hydroceph. occlusus an, so soll man die Passageprobe ausschließen. Von dem Ausfall dieser Proben hängt die Therapie ab. Balkenstich bei Hydroc. aresorptarius ist sinnlos, es muß vielmehr ein Resorptionskanal für die Atresie der liquorresorbierenden Organe durch Einführung einer Kopfhautvene in den extraventrikulären Subarachnoidalraum über der Hirnkonvexität geschaffen werden. Bei starkem Hydroc. congenitus (Fall 5) (300 ccm Luftinjektion spielend vertragen) ist wie öfters bei solchen Fällen der III. Ventrikel nicht zu sehen. Aus der unvollständigen Füllung der Seitenventrikel dieses Falles bei Aufnahme im Sitzen schätzt Verf. die im Schädel vorhandene normale Flüssigkeit auf 1000 ccm. In diesem Falle Hydroc. apertus und Integrität der Liquorresorption, trotzdem wegen der Möglichkeit eines Epiphysentumors (Maturitus praecox, abgelaufene Stauungspapille, gelegentlich Vierhügelsymptome) Freilegung der Epiphyse. Kein Tumor. Verf. denkt zur Erklärung des Hydroceph. hypersecretorius unter diesen Umständen an gestörte endokrine Steuerung infolge mangelnder Bremsung durch die Epiphyse. — In 2 Fällen von atonisch astatischer Form der angeborenen Cerebrallähmung: Hydrocephalus concomitans ex vacuo infolge Hirnatrophie, in einem dieser Fälle auch Hydrocephalus aresorptorius. Bei Athetosis duplex congenita (1 Fall) Hydrocephalus ex vacuo infolge kongenitaler Mißbildung des Striatum, bei angeborener Imbecillität mit Epilepsie (Fall 10) Atresie eines Seitenventrikels ohne Verdrängung des anderen. Ventrikelpunktion auf der verschlossenen Seite ebenfalls ergebnislos, also anscheinend kongenitale Atresie eines Ventrikels. Gleichfalls völlige Atresie eines Ventrikels wieder ohne Verdrängung der anderen Seite und mit gestörter Liquorresorption bei Lues congen. infolge Arachnitis serofibrosa cystica an der Unterfläche des Cerebellum. Die Encephalographie beim Hydroc. congenit. und anderen congenitalen Hirnaffektionen zeigt also zunächst, ob es sich um offenen oder geschlossenen Hydrocephalus handelt, ferner das Ausmaß der Ventrikelerweiterung, durch die Passageproben oft die Ursache des Hydrocephalus, endlich die Atrophie der Rinde (Darstellung der extraventriculären subarachnoidalen Räume und eine gelegentliche einseitige Ventrikelatresie. — Befunde bei früh erworbener cerebraler Kinderlähmung (Fall 12—13): Hydroc. unilat. ex vacuo bei partieller Atrophie der kranken Hirnseite, und zwar ist die Erweiterung mehr nach dem Teil der CW. orientiert, die der Lähmung entspricht. Der III. Ventrikel ist etwas und schief nach der Seite des erweiterten Seitenventrikels verschoben. Die Befunde bei vasculär bedingter Hemiplegia adultorum (Fall 14—15) entsprechen den Bildern bei früh erworbener cerebraler Kinderlähmung. Es handelt sich in solchen Fällen um einen Hydroc. reactorius, vor allem ex vacuo. Das Verhalten des Seitenventrikels ist ein besonders feines Reagens auf den Krankheitsprozeß. — Befunde bei Epilepsie: in sehr vielen Fällen mit fokalem Beginn des Anfalls Erweiterung oder Formveränderung des Ventrikels

Digitized by Google

als feines Reagens auf den der Epilepsie zugrunde liegenden Rindenprozeß. Diese reaktive Formveränderung findet sich auch bei Fällen ohne alle interparoxysmalen Herderscheinungen, unter Umständen als einziges objektives Zeichen der Fälle mit anamnestisch fokalem Beginn. In der sehr häufigen starken Füllung der subarachnoidalen Räume, besonders der Konvexität, sieht Verf. den Ausdruck einer fast konstanten konkomitierenden Arachnisis serofibrosa cystica des Epileptikers. — Befunde bei Tumoren und Pseudotumoren (Fall 28—37) geben Aufschluß, ob die Kommunikation zwischen Seitenventrikeln und dem Subarachnoidalsystem unterbrochen ist oder nicht, gelegentlich sogar über die Stelle des Hindernisses. Blockade bei lumbaler Luftzufuhr erfordert direkte Einblasung durch die Ventrikel. Man kann die Kompression auf der Tumorseite und Gegenseite ablesen und zwar aus der Ventrikel- und subarachnoidalen Füllung. Wichtig ist die Feststellung des Verf., daß bei Encephalitis (Fall 38) außer häufiger reaktiver Ventrikelerweiterung zum Teil ein absoluter, zum Teil ein relativer Block zwischen Ventrikel und Subarachnoidalraum besteht. Ferner finden sich Störungen der Liquorresorption als Folgen der Encephalitis wohl infolge der meningealen Beteiligung mit sekundären Störungen der Liquorzirkulation, die sich auch bei postencephalitischer Epilepsie finden können. Die traumatischen Hirnaffektionen zeigen Ventrikelerweiterung auf der Seite des Traumas auch ohne klinische Herdsymptome. Man kann geradezu von einer „Ventrikelwanderung" zur Läsion hin sprechen, die allmählich und langsam erfolgt und so den porencephalischen Defekt gestaltet. Man findet ferner eine umschriebene oder allgemeine Arachnitis fibrosa cystica der Konvexität mit entsprechender Füllung des subarachnoidalen Systems. Verf. wünscht weitere möglichst eingehende encephalographische Untersuchungen bei den verschiedensten Hirnleiden und ihren Vergleich mit dem klinischen und evtl. anatomischen Befund. Nur so ist allmählich ein richtiges Werturteil über diese Methode möglich. Die Arbeit des Verf. mit ihren schönen Abbildungen zeigt eindringlich, daß die Encephalographie schon jetzt eine wertvolle Hilfe für die plastische Vorstellung von Veränderungen im Schädel und Gehirn ist. „Die Encephalographie ist eine Art Anatomie in vivo, und Dank gebührt dem, der sie erdacht." *A. Simons* (Berlin).

Wartenberg, R.: Encephalographische Erfahrungen. (*Psychiatr. u. Nervenklin. u. chir. Klin., Freiburg i. Br.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **94**, H. 4, S. 585—628. 1925.

Verf. führt nur unfiltrierte Luft mit einer Methode ein, die eine Kombination der Bingelschen Druckflasche und eines Dreiwegehahns ist (vgl. dazu auch Klin. Wochenschr. 1923, Nr. 40, S. 1866).

Zur Technik: Luftzufluß sehr langsam und möglichst gleichmäßig unter geringstem Druck. Abgelassene Volumen Liquor und eingeführte Luft gleich oder 3—10 ccm weniger Luft als Liquor. Manchmal schon 20 ccm, durchschnittlich 100—140 ccm für ein eindeutiges Bild genügend. Bei suboccipitaler Lufteinfuhr kommt man mit weniger Luft aus, auch werden hierbei die basalen Zisternen „wahrscheinlich infolge rein mechanischer Verhältnisse" weniger deutlich dargestellt als die Ventrikel, weil diese Zisternen von der suboccipital eingeführten Luft weniger als von der lumbal zugelassenen absorbieren. Der Kranke soll unbedingt nüchtern sein. Morphium-Scopolamin in kleinen Dosen vor dem Eingriff, bei Unruhigen und Kindern Narkose. Kopf vertikal, möglichst gerade. Nach der Insufflation unbedingte Ruhighaltung des Kopfes. Bei der Aufnahme im Liegen und Sitzen — am wichtigsten ist die anterioposteriore Aufnahme — grade Kopfhaltung, nach beendeter Prozedur wieder ruhigste Kopfhaltung. Nebenwirkungen: Fast konstant Brechreiz oder Brechen (geringer bei suboccipitaler Einblasung), Kopfschmerz gelegentlich nur auf der Herdseite, der erst bei Luftzufuhr einsetzt und 2—4 Tage dauert, bei einigen Kranken später noch mehrere Tage Schwindel oder Kopfstiche nach raschen Bewegungen. Meningismus 8 Tage lang (1 Fall). Häufig Fieber bis 38°, meist für 2 Tage. Nicht selten unmittelbar nach Einblasung wechselnd starke Schläfrigkeit. Einmal 3 Tage dauernder, sehr starker Durst. Selten leichter Kollaps (2 Fälle). Oft „erstaunlich" gutes Vertragen der Luft, besonders bei geschädigtem Gehirn. Die Liquorluft wird ca. 3—4 Tage nicht „gehört", sondern „gefühlt", ausnahmsweise (1 Fall) noch nach 14 Tagen. Die Luft wird langsam resorbiert, war z. B. noch nach 9 Tagen nachweisbar.

Therapeutischen Erfolg des Eingriffs sah Verf. bei tuberkulöser Meningitis (Zurückgehen der Benommenheit), bei Folgen von Commotio (Nachlassen der Kopfschmerzen

Digitized by Google

und -stiche), bei Epilepsie (Anfälle kürzer, leichter, seltener). Verf. erwähnt aber auch, daß die Besserung bei einem Falle von Epilepsie nach 2 Monaten aufhörte und dann die zweite Einblasung nichts mehr half. Überraschende, 7 Monate dauernde Besserung der Kopfschmerzen bei einem 26jährigen Mädchen mit 22 Jahre alter, linksseitiger cerebraler Hemiplegie (250 ccm Luftzufuhr). Lufteinblasung bei katatonem Stupor zwecklos. Verf. schlägt, allerdings ohne eigene Erfahrung, nach einem guten Erfolge Hauptmanns mit reichlicher Luftzufuhr bei gastrischen Krisen die intraspinale Luftfüllung auch bei diesen Zuständen vor. Es folgen treffende Bemerkungen über die Schwierigkeiten der Deutung der ‚launischen' Encephalogramme, die jeder, der auf dem Gebiet genügend gesehen hat, nur billigen kann. Verf. sieht in der Methode ein Mittel der Hirndiagnostik, das Einblick in vivo in das pathologisch-anatomische Geschehen und Aufschluß über manche Tatsachen der normalen Anatomie gibt. Daher gehört das Encephalogramm in den klinischen und anatomischen Unterricht. Es folgt die Mitteilung der eigenen Erfahrungen unter Beigabe sehr anschaulicher Bilder, zuerst des das oberste cervicale Mark umgebenden Raums, der überraschend breit und breiter hinter als vor dem Mark ist, dann der Kontrolle der Subokzipitalpunktion im Encephalogramm. Aus dem Stande der Nadel bei verschiedenen Fällen des in der SOP. erfahrenen Verf. folgert er mit Recht, daß die SOP. nicht der Ersatz der Lumbalpunktion sein darf. Die SOP. als Methode der Wahl, die z. B. Hartwich fordert, sei höchst bedenklich. „Es wird sicher viel Unheil angerichtet werden, falls dieser Standpunkt allgemein werden sollte." Ref. bestätigt dies aus eigener Erfahrung. — Die Basiszisternen haben überraschende Länge und Tiefe, sind nicht selten besser darstellbar als die Ventrikel und werden vielleicht Bedeutung für die Diagnose von Basisneubildungen haben können. Die Aufhellungen von Zisternen und Unterhorn überdecken sich teilweise im Seitenbild. Gelegentlich ist auch die dorsal gelegene Zisterne des Balkenkörpers sichtbar, ebenso der Sulc. circularis Reilii als konvexe, nach oben konvergierende kurze Linie in Höhe der oberen Augenränder beginnend. Sie entspricht dem Spalt zwischen lateraler Inselfläche und Operculum. Einmal gelang bei einem Epileptiker die Darstellung des subtentoriellen Raumes, aber dabei nicht die der Ventrikel; wahrscheinlich war dies nur möglich infolge Ventrikelverlegung. Weitere Befunde bei Epilepsie, die aber keineswegs pathognomisch sind, sondern hier nur besonders häufig und stark ausgeprägt vorkommen: größere umschriebene Luftansammlungen an der Konvexität u. a., Verbreiterung der schon normalen Aufhellung im Stirn- und Occipitalpol, ferner Verbreiterung der intracerebralen Liquorspalten, wodurch einzelne Gyri sichtbar werden, endlich Ventrikelasymmetrie und -erweiterung Alle diese Befunde sind Folgen der anatomischen Vorgänge bei Epilepsie. Das Encephalogramm ermöglicht die Differentialdiagnose des Hydroc. int. besonders gegenüber Tumor. Die Ventrikel füllen sich natürlich nicht bei Agenesie, Obliteration oder totaler Kompression, aber auch da nicht, wo man es klinisch nicht vermutet, z. B. nach leichtem Schädeltrauma und Epilepsie. Freilich wird damit nur fehlende Lufteinführung durch physikalischen Verschluß (Nichtdurchgängigkeit der Luft), aber noch nicht ein physiologischer Abschluß der Ventrikel erwiesen. Dies gelingt nur chemisch. Jedenfalls beweist fehlende Ventrikelfüllung auf lumbalem Wege noch keine Kompression, eine wichtige Tatsache bei der verhältnismäßig häufigen Wegverlegung zum Ventrikel bei vielen anderen Affektionen. Wann die normale Ventrikeldifferenz pathologisch ist, lehrt nur Erfahrung. Es kommt dabei nicht auf die absolute Weite, sondern die ganze Konfiguration an. Man beachte besonders die oberen seitlichen Ecken der „Schmetterlingsfigur", denn sie werden oft zuerst abgerundet, ferner die Schatten in der Mitte der Schmetterlingsfigur, die den Zentralganglien entsprechen. Differenzen in der Ventrikelfüllung können auch vorgetäuscht sein, u. a. durch die Kopfstellung bei der Einblasung, daher ist stärkere Füllung eines Ventrikels erst sicher

Digitized by Google

pathologisch, wenn sie auch mit deutlicher Formänderung einhergeht. Die nicht seltene Verkalkung der Falx fällt mit der Mitte der Schmetterlingsfigur, mit dem Sept. pellucid. zusammen. Krankhafte Ventrikelasymmetrie kommt durch Druck oder Zug zustande. Encephalographie lediglich zur Verifizierung einer sicheren klinischen Tumordiagnose lehnt Verf. wegen der damit verbundenen Gefahren ab. Jeder Erfahrene wird dem zustimmen. Zug in einer Hemisphäre macht noch leichter als Druck Ventrikelasymmetrie. Er ist Folge einer Schrumpfung, die nach den verschiedensten Affektionen ziemlich rasch einsetzt und sehr stark sein kann; dem entspricht natürlich der Grad der Ventrikelerweiterung. Verf. hält es natürlich für denkbar, „daß ein Tumor nach Erweiterung und Schrumpfung schließlich zur Erweiterung des gleichseitigen Ventrikels führen kann; aber solche Fälle sind wohl kaum encephalographisch beobachtet worden, und vor solchen groben diagnostischen Fehlern kann uns eine sorgfältige neurologische Untersuchung schützen".

Das trifft nicht zu. Schon früher hatte Ref. darauf hingewiesen, daß der Ventrikel auf der Tumorseite — gewiß ist es selten — weiter sein kann, und so gerade in den Fällen, die klinisch auch bei sehr großer Erfahrung nicht einmal die Seitendiagnose, oder in anderen Fällen wohl die Seiten-, aber keine sichere Lokaldiagnose (rechter Schläfenlappen — rechtes Stirnhirn? Stirnhirn oder Kleinhirn?) erlauben, das Encephalogramm täuscht. Erst vor kurzem hat diese Erfahrung einer Kranken das Leben gerettet, weil hier erst die Hirnpunktion, die Ref. in solchen Fällen zur Kontrolle des Encephalogramms heranzieht, den richtigen Tumorsitz, und zwar auf der Seite des weiteren Ventrikels, angab. Ref. verfügt über mehrere solcher Fälle, die gemeinsam mit F. Krause und E. Heymann beobachtet sind, und hält gerade diese Täuschungsmöglichkeit durch das Encephalogramm für praktisch wichtig.

Verf. schildert dann die von ihm erhobenen Befunde bei cerebraler Kinderlähmung und empfiehlt angelegentlich die Encephalographie für die Diagnose und Pathologie der traumatischen Hirnschädigungen (Abbildung von 3 Fällen). Er hält die Deutung gerade dieser Bilder für besonders schwer, weil Vergleichsbilder hier fast ganz fehlen. Es handele sich daher nur um mögliche Deutungen, Vermutungen oder Überlegungen. Ref. zweifelt mit dem Verf. nicht daran, daß die Encephalographie auch hier etwas leisten kann, möchte aber nicht wie er empfehlen, sie bei diesen Kranken „in breitestem Maßstabe nachzuprüfen". Sicher wird man nach Traumen ohne klinische Herdsymptome auch die vom Verf. bei anderen Krankheiten als Folgen von Schrumpfungen gefundenen Veränderungen, z. B. Ventrikelasymmetrie, vielleicht sogar oft oder recht oft nachweisen können. Aber wird dadurch die Beurteilung eines Rentenpsychopathen anders? Ref. meint gerade, daß man aus psychotherapeutischen Gründen hier die Methode einschränken soll, denn es geht vielen Traumatikern mit Begehrungsvorstellungen nach der Encephalographie noch schlechter. Der Eingriff ist unter Umständen bei diesen Menschen ein neues schweres psychisches Trauma. Der Untersucher kann sich gerade nach den schönen Befunden des Verf. bei anderen Krankheiten das Encephalogramm des Traumatikers mehr oder weniger richtig dazu denken, er mag selbstverständlich die Methode auch beim Traumatiker in manchen Fällen (Tumor oder Meningitis serosa cystica posttraumatica?) und besonders, wo Operationen beim Traumatiker geplant sind, mit Nutzen anwenden, nur nicht — wenigstens meint dies der Ref. — in dem vom Verf. gewünschten „breitesten Maßstab". Die Klinik ist doch schon reichlich robust. Zum Schluß bringt Verf. noch mehrere interessante Einzelbeobachtungen, u. a. Ventrikelerweiterung infolge Schrumpfung schon 6 Wochen nach einer Hemiplegie, Unterhornerweiterung bei einer progressiven Paralytikerin bei sensorischer Aphasie im linken Temporallappen. Er weist auch darauf hin, daß die Methode vielleicht bei der Diagnose von Hirnabscessen nützen wird. Die Arbeit des Verf., die jeder, der sich mit Encephalographie beschäftigt, lesen sollte, enthält zahlreiche wertvolle Beobachtungen. Er ist vorsichtig und kritisch in seinen Schlüssen und hält deshalb die Methode nur für ein Glied der neurologischen Untersuchung, die allein in der Hand eines Neurologen das Richtige leistet.

A. Simons (Berlin).

Digitized by Google

Bau-Prussak, S.: Über den diagnostischen Wert der Lipiodolmyelographie. (*Krankenh. „Czyste", Warschau.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 3/4, S. 453—474. 1925.

Der Wert des Lipiodolverfahrens tritt vor allem bei unzureichender Symptomatik und bei unsicherer Lokalisation von Geschwülsten zu Tage. Indessen ist die Zurückhaltung oder die Verschiebung des Öls in Trendelenburgscher Lage zur Entscheidung, ob eine intra- oder extramedulläre Neubildung vorliegt, nicht zu verwenden. Wohl aber gewährt das lumbal eingespritzte Lipiodol die Möglichkeit, an der Zurückhaltung an einer bestimmten Stelle die untere Begrenzung der Geschwulst zu erkennen. Nach Bestätigung der bekannten Nachteile wird auf eine günstige Wirkung, das Schwinden von Wurzelneuralgien bei einem Tumorkranken, hingewiesen. Bei 8 Kranken mit Rückenmarkgeschwülsten, 2 mit Wirbeltuberkulosen und 9 mit Wirbelgeschwülsten (!) wurde das Lipiodol oberhalb der Geschwulst zurückgehalten, was durch operativen Eingriff oder gelegentlich der Sektion bestätigt werden konnte. Negativ war das Ergebnis der Lipiodolmethode bei multipler Sklerose, Syringomyelie, Myeolosis funicularis und Myelitis. Unmaßgeblich für die Diagnose sei die Gestalt des Lipiodolschattens auf dem Röntgenbild. Fließen beide Lipiodolsäulen mit ihrer ganzen Basis und nicht nur mit ihren seitlichen Abschnitten zusammen, so läßt sich daraus das Fehlen einer Neubildung erschließen, während ein freier Raum zwischen beiden Säulen für eine Geschwulst spräche. Krankengeschichten und Textfiguren ergänzen die Ausführungen. *Heymann.*

Krause, Feder: Bemerkungen über die Myelographie mittels Lipiodol und Jodipin. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 3/4, S. 514—517. 1925.

F. Krause sah bei einem Arzt nach Jodipineinspritzung zwecks Myelographie Zunahme aller Beschwerden. Bei der nachfolgenden Laminektomie war der Liquor mit schmierigem Öl durchsetzt, und alle Wurzeln von L_2 bis S_1 zeigten ungewöhnliche Rötung. Trotzdem wird das Verfahren nicht abgelehnt. Die Feststellung der unteren Grenze der Geschwülste wäre deshalb wichtig, weil dann die wegen ihrer Ausdehnung oder Multiplizität ungeeigneten Fälle von der Operation ausgeschlossen werden könnten. Das Verfahren schützt vor Fehlern bei schwankenden Symptomen, klärt in Zweifelsfällen die obere Grenze der Geschwülste und ermöglicht die Lokalisation der Caudatumoren. *E. Heymann* (Berlin).

Gray, Albert A., and Sarah H. Nelson: The pathological conditions found in a case of deaf-mutism. (Pathologische Veränderungen bei einem Taubstummen.) Journ. of laryngol. a. otol. Bd. **41**, Nr. 1, S. 7—18. 1926.

56jähriger Taubstummer, der unter 6 Geschwistern einen taubstummen Bruder hatte, starb an einem Magenleiden. Pat. war zweimal, das zweite Mal mit einer Taubstummen verheiratet, hatte aber in beiden Ehen nur hörende Kinder. Mittelohr beiderseits normal. Die rechte Schnecke zeigt in der Untertreppe eine Verdoppelung der Reissner-Membran. Die Deckmembrane reicht nicht über das Cortische Organ. In der unteren Partie der Mitteltreppe ist die Stria vascularis unterentwickelt. Besonders in der höchsten Partie der obersten Treppe ist vieles an der Reissner-Membran nicht in Ordnung; sie ist nach verschiedenen Richtungen gefaltet, mit sich selbst verklebt, an einer anderen Stelle mit der Deckmembran. Die Zellen des Ganglion spirale sind an Zahl vermindert. Die Veränderungen der linken Schnecke ähnelten denen der rechten. Das Gehirn zeigte makroskopisch keine Atrophie der Schläfenlappen. Der Acusticus und Facialis waren ihren ganzen Lauf entlang normal, ebenso die Nervenkerne. *Emil Fröschels* (Wien).

Therapie.

Ventra, Carmelo: L'inotsal nella pratica medica e specialmente neuropsichiatrica. (Das Inotsal in der ärztlichen, speziell in der neurologisch-psychiatrischen Praxis.) Manicomio Jg. **38**, Nr. 3, S. 269—285. 1925.

Nach allgemeinen Erörterungen über Phosphortherapie und über Vitamine empfiehlt Verf. das „Inotsal", ein auf kaltem Wege gewonnenes Präparat aus der Rindenschichte von Cerealiensamen [chemische Formel: $C_6H_6(PhO_3)_6Ca_3Mg_3Fe_6$, Inosithexaphosphat des Calciums, Magnesiums und Eisens], das alle wichtigen Vitamine, verbunden mit den gesamten organischen Phosphorverbindungen enthält. Die therapeutische Wirksamkeit zeigt sich in raschem Ansteigen des Körpergewichts, Hebung des Ernährungszustandes, des Appetites und des allgemeinen Tonus. Angezeigt bei allen Erschöpfungszuständen, akuten und chronischen Psychosen, Entziehungskuren bei Morphinismus und Cocainismus, Sitophobie usw. Das Präparat sei ähnlichen Phosphorpräparaten an Wirksamkeit überlegen. 20 kurze Krankheitsgeschichten mit Gewichtstabelle. *Alexander Pilcz* (Wien).

Digitized by Google

Sicard, Haguenau et Lichtwitz: Trypaflavine et escarres du décubitus. (Trypaflavin und Decubitus.) (*Soc. de neurol., Paris, 3. XII. 1925.*) Rev. neurol. Jg. **32**, Bd. 2, Nr. 6, S. 778. 1925.

Verff. benutzen bei Decubitus Trypaflavin: Gazekompressen, die mit einer 1 proz. Trypaflavinlösung durchtränkt waren, mehrere Stunden lang auf die Decubitusstelle gelegt. Die Resultate sind günstig und übertreffen die der sonstigen Medikamente. Kombination mit Ultraviolettstrahlen erhöht noch die Wirkung der Trypaflavinkompressen. *Kurt Mendel.*

Leibbrand, W.: Dial als Schlafmittel. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **52**, Nr. 2, S. 67. 1926.

Dial steht in der Wirkung zwischen Adalin und Veronal; besonders gut scheint es als Sedativum refracta dosi zu wirken. Keine Nebenerscheinungen. Kann auch injiziert werden, dabei nie Infiltrate. *Kurt Mendel.*

Leibbrand, W.: Lobelin-Ingelheim in der psychiatrischen Praxis. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **52**, Nr. 2, S. 66—67. 1926.

Lobelin bekämpft wirksam die Atemlähmungserscheinungen bei Hyoscingaben, es reizt das Atemzentrum. Bis zu 4 Ampullen in 1 Stunde gab Verf. ohne Nebenerscheinungen. Agonale Atmung wurde nach Lobelin regelmäßig. Bei allen epileptischen Anfällen mit Atmungskomplikationen leistete das Lobelin vorzügliche Dienste. Kombination mit Hyoscin untunlich. *Kurt Mendel.*

Brdiczka, Georg: Opiumvergiftung und Lobelin. (*Städt. Krankenh., Ratibor.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **52**, Nr. 2, S. 67. 1926.

35jähriger Arbeiter trinkt gegen Diarrhöe auf einmal 8 ccm Tinct. opii simpl. Nach $^1/_4$ Stunde allgemeines Müdigkeitsgefühl, Einschlafen, dann Blaufärbung des Gesichts, tiefes Koma, unregelmäßige Atmung, kühle, leicht feuchte Haut, Miosis, Lichtstarre der Pupillen, Puls 90, sehr klein, unregelmäßig. Lobelin, 0,003 intravenös, wird gegeben. Zunächst sistiert für 10—15 Sekunden die Atmung vollständig (Lähmungsstadium), dann plötzlich einsetzende, ganz rasche Inspirationen, 3—5 Minuten lang (Reizungsstadium). Ausgiebige Magenspülung, während derselben die Atmung sich wieder verschlechterte. Erneut intravenöse Injektion von 0,003 Lobelin, nachdem kurz vorher 0,01 subcutan injiziert worden war. Apnoe von ca. 12 Sekunden, dann explosionsartige In- und Exspirationsstöße. Erbrechen, Mattigkeitsgefühl. Heilung.

Lobelin wird empfohlen in Fällen, bei denen primär das Atemzentrum bedroht ist. *Kurt Mendel.*

Auen, W.: Cibalgin, ein Morphium sparendes Mittel. (*Krankenh. Schöneberg-Berlin.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **73**, Nr. 1, S. 24—25. 1926.

Cibalgin, eine Kombination von Dial und Pyramidon, wird von dem Verf. als Schlaf- und als Schmerzlinderungsmittel empfohlen. Es eigne sich zur oralen Darreichung wie zur Injektion. Es habe sich fernerhin bewährt bei Morphiumentziehungskuren und bei Krankheiten, welche die Gefahr des Morphinismus in sich bergen. Gewöhnung an das Mittel sei nicht beobachtet. *F. Fränkel* (Berlin).

Fronda, Rodrigo: „Nervine Murri". („Nervinepillen" nach Murri.) Manicomio Jg. **38**, Nr. 3, S. 261—267. 1925.

Die nach Angaben von Murri dargestellten „Nervine"-Pillen enthalten 0,0005 Acid. arsenicos., 0,5 Bromnatron, 0,05 Pankreatin und 0,1 Campher; die keratinisierten Pillen werden in der durchschnittlichen Tagesdosis von 2—3 Stück gegeben. Verf. empfiehlt nach allgemeinen Erörterungen über Wirkungsweise der eben erwähnten Konstituentien das Präparat wegen seiner sedativen, tonisierenden und eupeptischen Wirkung auch in der psychiatrischen Praxis. Neun kurze Krankengeschichten. *Alexander Pilcz* (Wien).

Klein, Eva: Über die Behandlung erregter Geisteskranker mit Hexophannatrium. (*Psychiatr. Klin., Univ. Freiburg i. Br.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **76**, H. 2, S. 319—326. 1925.

Die Verf. hat die Versuche von Weichbrodt an einem Material von 20 Fällen, durchweg erregten Geisteskranken, teils akuten, teils chronischen, nachgeprüft. Davon wurden 14 günstig beeinflußt, bei 2 mußten die Versuche wegen interkurrenter Erkrankung abgebrochen werden, bei 2 wegen starker Widerstände von seiten der Patienten, und 2 blieben unbeeinflußt, obwohl bei ihnen Zahl und Dosis der Injektionen

Digitized by Google

dem sonst Üblichen entsprachen. Von den 14 beeinflußten Kranken zeigten 9 eine deutliche Besserung, 5 nur eine geringe Änderung; am günstigsten reagierten jene Kranken, bei denen die Erregungszustände mit lebhaften Sinnestäuschungen einhergingen. Eine Heilung wurde nie erzielt. Weitere Nachprüfungen sind erforderlich. Zur Vermeidung von Erbrechen und Durchfällen ist langsame Gewöhnung an das Mittel mit untertherapeutischen Dosen notwendig. *Haymann* (Badenweiler).

● **Erhard, Ignaz: Seelische Ursachen und Behandlung der Nervenleiden.** Freiburg i. Br.: Herder & Co. G. m. b. H. 1925. 82 S. geb. G.-M. 2.60.

Verf. versucht nach seinen eigenen Worten, „im vorliegenden Büchlein das Gute aus dem psychoanalytischen und psychotherapeutischen Anschauungen von S. Freud, A. Adler, Coué-Baudouin zusammenzufassen und eine Verbindung dieses Guten mit der christlichen Lebensauffassung herzustellen." Eine kritisch-wissenschaftliche Betrachtung lag also nicht in der Absicht des Verf. Er gibt dem Laien eine sehr willkürliche Auswahl aus den Lehren der zitierten Autoren. *Max Grünthal* (Berlin).

Jellinek, Anton: Ein Fall von langjähriger Impotenz geheilt in vier Sitzungen. (*Psychiatr. Klin., Univ. Brünn.*) Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychanalyse Bd. **2**, S. 495—498. 1926.

Bei einem 28jährigen Manne mit Impotenz und Obstipation, der jahrelang alle therapeutischen Methoden ohne Erfolg durchgemacht hatte, gelang es, in 4 Sitzungen durch Deutung der ohne großen Widerstand massenhaft auftretenden Einfälle völlige Heilung zu erzielen. *Max Grünthal* (Berlin).

Hirsch, Paul: Über Organotherapie. (*Pharmakol. Inst., Univ. Jena.*) Fortschr. d. Therapie Jg. **1**, H. 15, S. 497—501. 1925.

Wir kennen Organpräparate mit spezifischer Wirkung, wie Adrenalin und Pituitrin. Diese Substanzen üben eine rein pharmakolodynamische Wirkung auf bestimmte Organsysteme aus. Organpräparate können auch unspezifisch leistungssteigernd wirken. Durch Zufuhr von Organpräparaten kann eine substitutive Organotherapie vorgenommen werden; wir führen jene Reizstoffe zu, die durch den Wegfall des sie produzierenden Organs dem Organismus fehlen und deren Fehlen krankhafte Erscheinungen zur Folge hat. Eine solche Therapie erwies sich als erfolgreich bei kongenitaler Thyreoaplasie, Cachexia strumipriva, bei Myxödem und endemischem Kretinismus. Zu einer Substitutionstherapie eignen sich am besten die Präparate ganzer Drüsen in oraler Darreichung. Allerdings werden sehr viele unbrauchbare Organpräparate in den Handel gebracht. Bei einer substitutiven Organtherapie ist die Korrelation der endokrinen Drüsen nicht außer acht zu lassen (Schilddrüse — Hypophyse, Thymus — Keimdrüse). Die monoglanduläre Therapie ist im allgemeinen der pluriglandulären vorzuziehen. Selbstversändlich muß aber bei pluriglandulären Erkrankungen eine pluriglanduläre Therapie getrieben werden. Die im Handel befindlichen Organpräparate müßten kontrolliert werden. *Kurt Mendel.*

Nott, Herbert W.: The thyroid and manganese treatment: Its influence on abnormal blood pressures. (Interim. report.) (Die Schilddrüsen- und Manganbehandlung: Ihr Einfluß auf den abnormen Blutdruck.) Brit. med. journ. Nr. **3391**, S. 1209 bis 1212. 1925.

Nach der Meinung des Autors ist in der Mehrzahl der Hypertonien die Anwesenheit von Toxinen im Blute die Ursache. Durch rektale Injektion einer Kalium-Permanganatlösung (1 g auf $^3/_4$ Liter warmen Wasser) kann eine „Detoxikation" erzielt werden, wodurch der Blutdruck nach einigen Wiederholungen dieses therapeutischen Eingriffes bedeutend herabgesetzt werden kann. *de Crinis* (Graz).

Blum, O.: Therapeutische Beeinflussung durch Thymusdrüse. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **52**, Nr. 2, S. 67. 1926.

31jährige Frau mit chronischem Gesichtsekzem. Strahlenbehandlung erfolglos. Geringe Struma. Kopfhaar trocken, dünn, ausfallend. Arcus senilis. WaR. —. 3mal täglich 1 Thymoglandoltablette. Nach 8 Tagen ist die Schilddrüsenhypertrophie verschwunden. Nach 14 Tagen kein Haarausfall mehr. Subjektives Schwächegefühl und Depression schwinden. Nach Verbrauch von 60 Tabletten Gesichtsekzem zurückgegangen, Gesamtbefinden hochgradig gebessert. *Kurt Mendel.*

Digitized by Google

Kauders, Otto: Experimentelle und klinische Untersuchungen zur Dosierungsfrage der Keimdrüsentherapie. Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 32, S. 877—881 u. Nr. 33, S. 913—915. 1925.

Durch andauernde Fütterung mit Hodensubstanz tritt Atrophie des Hodens von Ratten ein. Wird bei diesen Tieren Unterbindung der Hodengefäße vorgenommen, so sieht man deutliche Vermehrung des Zwischengewebes und geringe Regeneration des Keimepithels. Werden die Tiere aber mit Hodensubstanz gefüttert, so ist die Regeneration des Keimepithels eine sehr lebhafte. Bei Männern, die an Potenzstörungen litten, wurde mehrfach mit hohen Dosen von Testosan sehr günstige Wirkung erzielt. — Versuche mit Testosan bei Dementia praecox haben noch kein abschließendes Ergebnis erkennen lassen. *Otto Maas* (Berlin).

Zoth, Oskar: Eine rationelle Methode der Brown-Séquardschen Hodenextrakt-Altersbehandlung. Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 39, S. 1062—1064. 1925.

Die Brown-Séquardsche Hodenextrakt-Einspritzungen sind jahrzehntelang fortzuführen. Nur so kann das Altern verzögert, die Widerstandsfähigkeit gegen Krankheiten gehoben werden. Alle Jahre ist einmal, u. z. 3—4 Wochen lang, eine „Séquardine-Behandlung" an sich (oder anderen) durchzuführen. Täglich oder jeden zweiten Tag werden 1—2 ccm des Hodenextraktes unter die Bauchhaut gespritzt. Das Extrakt stammt von Hoden geschlechtsreifer junger Stiere. Später verwandte Verf. „Testosan" (Sanoba-Werke in Wien). Verf. selbst setzte diese Kur von seinem 30. bis zum 60. Lebensjahre fort und will sie weiter durchführen. Hauptsache ist, das Mittel zeitlich vor ausgeprägter Ausbildung von Alterserscheinungen lange Zeit hindurch anzuwenden, es also auf das „Altern", nicht — wie bisher — auf das „Alter" einwirken zu lassen. So erreicht man eine Verzögerung des Altersprozesses, eine Verlangsamung der unvermeidlichen Abnutzung, eine erhöhte Widerstandsfähigkeit des Körpers. (Allzu rosig scheint das jetzige Befinden des nun 60 Jahre alten Selbstbeobachters trotz der 30 Jahre lang fortgesetzten Auffrischungskur doch nicht zu sein, denn er schreibt von sich: „einzelne Alterserscheinungen deutlich merkbar. Leichte Hypertrophie des Herzens, zeitweise Arhythmie. Hörschärfe, besonders links, stark herabgesetzt. Cholerisch-nervös, neben starken Hemmungen, seit dem Kriege; Gedächtnis nachlassend. In einigen Organfunktionen Reste von „Beschädigungen" nachweisbar [Gelenke, Herz, Darm, Ohren, Gehirn], die anderen anscheinend normal." — Da kenne ich viele andere 60jährige, die — ohne Verjüngungskur — weit rüstiger sind. Ref.) *Mendel.*

Pette, H.: Über intralumbale Eigenserumbehandlung. Ges. d. Neurol. u. Psychiater, Groß-Hamburg, Sitzg. v. 27. XI. 1925.

Intralumbale Injektion von Eigenserum hat eine sehr intensive und schnell auftretende Reaktion der Meningen zur Folge. Sie äußert sich klinisch in meningealen Reizerscheinungen. Es kommt zu enormer Zellanhäufung im Liquor, wobei Werte bis zu vielen tausend in 1 cmm erreicht werden können. Bericht über das Ergebnis einschlägiger experimenteller Untersuchungen beim Kaninchen. Bei fortlaufender Zysternenpunktion zeigte sich, daß das Maximum der Reaktion bereits innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Injektion erreicht wird. Bei Serienuntersuchungen an einer größeren Zahl von Tieren ergab sich, daß die individuelle Reaktion eine sehr verschiedene ist. Die tierexperimentell gewonnenen Erfahrungen wurden für die Behandlung der Folgezustände nach epidemischer Encephalitis verwertet. Bei mehreren intralumbal mit Eigenserum behandelten Fällen kam es zu bemerkenswerter Besserung. Ein abschließendes Urteil hinsichtlich des Dauererfolges kann jedoch zur Zeit noch nicht abgegeben werden. Zum Schluß Erörterungen zur Frage, in welcher Weise wir uns pathophysiologisch die Wirkung vorzustellen haben. *Eigenbericht* (durch *V. Kafka* [Hamburg]).

Vivaldo, Juan Carlos: Zur Therapie der Geisteskrankheiten. Semana méd. Jg. 32, Nr. 5, S. 234—243. 1925. (Spanisch.)

Die verschiedenen seelischen und physikalischen Behandlungsmethoden der Psychosen werden kurz erörtert. Nichts Neues. *Pfister* (Berlin-Lichtenrade).

Humphrey, Ethelwyn F.: Motivation of occupational work in mental hospitals. (Beweggründe der Beschäftigung in Irrenanstalten.) (*Boston psychopath. hosp., Boston.*) Occupat. therapy a. rehabilitation Bd. 4, Nr. 5, S. 379—383. 1925.

Für die Beschäftigung der Geisteskranken in den Anstalten ist, wie bei jeder Arbeit,

Digitized by Google

der Umstand wertvoll, daß jede Betätigung als solche dem Arbeitenden Freude macht, besonders wenn sie schöpferischer Art ist. Daneben ist aber die Tatsache bedeutungsvoll, daß in der Anstalt, wie in den Urzeiten der Kultur, ein jeder für die mannigfachen Bedürfnisse der engeren Gemeinschaft arbeiten kann. Deshalb bleibt in dieser Gemeinschaft mancher ein nützliches Glied, der sich in der komplizierteren Außenwelt nicht hält. In einigen der hauptsächlichsten Beschäftigungsarten der Anstalten (z. B. Korbflechten) finden wir die kulturell ältesten Betätigungen wieder. Man hat die ganze Industrie nach neuen Beschäftigungsarten für Kranke abgesucht und ist immer wieder auf die alten Arbeitszweige gekommen. *Müller* (Dösen).

Haas, Louis J.: Must the prerequisites for training as occupational therapists for mental and nervous work be high? (Sind zu der Ausbildung von Beschäftigungstherapeuten für Geistes- und Nervenkranke hohe Anforderungen an die Vorbildung zu stellen?) (*Bloomingdale hosp., White Plains, N. M.*) Occupat. therapy a. rehabilitation Bd. 4, Nr. 6, S. 427—433. 1925.

Die Beschäftigungstherapie soll für die Kranken eine Umgebung schaffen, welche in abgeänderter Form der normalen entspricht und ihn dem Arbeitsbetrieb in einer Art eingliedert, welche geeignet ist, seine Genesung zu fördern. Früher hat man die Beschäftigung mehr als eine Zerstreuung aufgefaßt, in schweren Zeiten sind nur die nützlichen Arbeiten übriggeblieben. Seit etwa 35 Jahren ist in Amerika das therapeutische Moment in den Vordergrund gerückt. Ärzte und Laien bildeten sich als Spezialisten für Beschäftigungstherapie aus, ersannen besonders geeignete Beschäftigungsarten und machten die Beobachtung, daß oft solche einen guten Einfluß übten, die gar nicht unterhaltend waren. Die Auswahl und Anwendung der mannigfachen, der Eigenart aller Kranken angepaßten und therapeutisch besonders wirksamen Beschäftigungsarten erfordert eine besondere Ausbildung der Therapeuten. Es wird näher ausgeführt, weshalb sowohl die Allgemeinbildung wie die spezielle Ausbildung eine sorgfältige sein muß. *Müller* (Dösen).

Bond, Earl D.: The development of occupational therapy in private hospitals for mental and nervous diseases. (Die Entwicklung der Beschäftigungstherapie in Privatanstalten für geistige und nervöse Krankheiten.) Occupat. therapy a. rehabilitation Bd. 4, Nr. 2, S. 83—100. 1925.

In verschiedenen amerikanischen Privatanstalten ist schon vor langen Zeiten eine Beschäftigungstherapie für Geisteskranke eingeführt und trotz des tiefen Standes der damaligen Irrenpflege zu einer bedeutenden Höhe gebracht worden. Es werden sehr interessante Berichte von 1798, 1823 und 1841 unter Angabe der verschiedenen Beschäftigungsarten mitgeteilt. Aus einem geht z. B. hervor, daß der Tag genau geregelt war und die Beschäftigung der Kranken schon nach der Frühvisite $^1/_2$7 Uhr morgens begann. Der heilsame Einfluß der landwirtschaftlichen und gärtnerischen, aber auch der Werkstättenarbeit wird hervorgehoben und durch Beispiele belegt. Daneben ist für alle möglichen Unterhaltungen, Spiele, Musik, Lektüre, Vorlesungsabende, Ausflüge usw. reichlich gesorgt worden. Eine Anstalt hat eine Dame als Gesellschafterin ausgebildet; die Kranken haben dort eine selbstverfaßte Zeitung herausgegeben. Nach einigen Jahrzehnten des Stillstandes macht sich seit 1908 ein neuer Aufschwung bemerkbar. Privatanstalten können sich einzelner Kranken besonders annehmen, besonders der akuten Fälle; diese werden oft schon vom. 2. Tage des Anstaltsaufenthaltes an beschäftigt. So werden besonders die üblen Angewohnheiten der Schizophrenen mit Erfolg bekämpft. Die Privatanstalt ist dadurch im Vorteil, daß sie sich der Eigenart jedes Kranken anpassen und nach Belieben Mittel aufwenden kann.

Müller (Dösen).

Ryon, Walter G.: Habit training for mental patients. (Erziehung bei Geisteskranken.) Occupat. therapy a. rehabilitation Bd. 4, Nr. 4, S. 235—239. 1925.

Der Aufsatz betont die Wichtigkeit der Arbeitstherapie in Irrenanstalten, besonders für Schizophrene, gibt den Stundenplan für eine Erziehungsabteilung weib-

Digitized by Google

licher Kranker, der nichts Neues an Beschäftigungsmethoden enthält, die nicht in jeder gut geleiteten Anstalt eingeführt wären, doch ist der Hinweis, daß nicht früh genug die Arbeit als Heilmittel herangezogen werden könne und mit Energie durch besonders geschultes Personal zur Anwendung gebracht werden müsse, gewiß mancherorts sehr zu beherzigen. Von Simon-Gütersloh ist ja auf der Jahresversammlung in Innsbruck 1924 in gleichem Sinne berichtet worden (vgl. dies. Zentrlbl. **40**, 366).

Geelvink (Frankfurt a. M.).

Wahl, L.: Prophylaxie mentale. Le cinématographe et les maladies nerveuses et mentales. (A propos d'un article de Mondio.) (Seelische Prophylaxe. Das Kino und die nervösen und geistigen Störungen. [Zum Artikel von Mondio].) (*Asile Saint-Pierre, Marseille.*) Hyg. ment. Jg. **20**, Nr. 10, S. 310—313. 1925.

Wenn auch zugegeben wird, daß der Verkehr in Kinos auf Psychopathen ungünstig wirken kann, so wird doch zu bedenken gegeben, daß dieselbe Schädigung auch durch Theater, Konzertkaffeehäuser, eine nachteilige Umgebung in der Familie oder auf der Straße u. a. m. veranlaßt wird, daß andererseits das Kino dem Volke auch gute Bildung vermittelt. Verf. schlägt die Einrichtung besonderer Vorstellungen für Jugendliche, Verbot unmoralischer Filme und polizeiliche Beaufsichtigung des Kinosaales während der Verdunkelung vor.

Müller (Dösen).

● **Wesen und Behandlung der Gelenkskrankheiten. Hrsg. v. d. Stadtgemeinde u. d. staatl. Heil- u. Kuranst. i. Baden. (Ärztl. Fortbildungsvorträge i. Baden b. Wien.)** Wien u. Leipzig: Moritz Perles 1925. VI, 164 S. G.-M. 6.—.

Vorträge von N. Jagic, Gelenkskrankheiten und Zirkulationsapparat; E. Freund, Differentialdiagnose bei Gelenkserkrankungen; A. Luger, Medikamentöse Therapie der Gelenkskrankheiten; Wagner-Jauregg, Beziehungen zwischen Gelenks- und Nervenkrankheiten; H. Pollitzer, Tub. Gelenksrheumatismus; G. Singer, Ätiologisches in der Rheumatismusfrage; E. Maliva, Reizkörpertherapie bei Gelenkrheumatismus; A. Bumm, Mechanotherapie; B. Breitner, Behandlung traumatischer Gelenkserkrankungen; F. Eisler und G. Holzknecht, Radiologie; A. Strasser, Balneo-hydrotherapie und H. Spitzy, Orthopädie der Gelenkerkrankungen. — Tonsillektomie bei infektiösen Gelenkerkrankungen soll nicht grundsätzlich abgelehnt werden. Unter den Medikamenten spielen in der Therapie der chronischen Gelenkkrankheiten immer noch Jod und Salicyl, dies in Verbindung mit kleinen Arsendosen, die wichtigste Rolle. Thiosynamin kann bei Ankylosen günstig wirken, Atophan bei Gicht, Jodothyrin bei gleichzeitig vorhandenen endokrinen Störungen. Auf die günstige Wirkung der Schwefel-Thermalkuren bei Arthropathien nach Tabes und Syringomyelie sowie bei den ankolysierenden Wirbelerkrankungen wird hingewiesen. Bei ovariopriver Periarthritis der kleinen Gelenke der Frauen wirkt Hypophysenreizbestrahlung günstig. Die Balneotherapie ist eine Proteinkörpertherapie mit milden Mitteln in homöopathischen Dosen, der Schwefel stellt eine Art Antigen dar, Jod wirkt in kleinsten Dosen. Nicht jede jugendliche Coxitis darf als tuberkulös angesehen werden, ätiologisch läßt sich bis zu 10% Lues nachweisen.

E. Heymann (Charlottenburg).

● **Laqueur, A.: Leitfaden der Diathermiebehandlung.** Berlin: S. Karger 1926. VI, 134 S. RM. 4.80.

Der 1. Teil handelt vom Wesen, der Erzeugung von Hochfrequenzschwingungen, der Apparatur und Technik der Diathermiebehandlung (gute Abbildungen) und schließt ab mit den physiologischen Grundlagen und Wirkungen der Diathermie. Unter den Schädigungen der Diathermiebehandlung werden als besonders wichtig auch hier hervorgehoben die Verbrennungen bei Sensibilitätsstörungen der Haut; Verf. empfiehlt bei diesen, seien sie organischen oder funktionellen (psychogenen) Charakters, die Diathermiebehandlung ganz zu unterlassen, in erster Linie aber bei Störungen des Wärmegefühls. Im 2. Teil, der die Indikationen der Diathermiebehandlung zum Gegenstande hat, interessieren uns die Erkrankungen des Nervensystems, zunächst die des peripheren, die Neuralgien und Neuritis, bei denen, insbesondere bei letzterer, die Diathermie erst nach Abklingen der akuten Reizerscheinungen in Betracht kommt, wenn auch der Zeitpunkt der Anwendung bei den verschiedenen Formen verschieden ist; sie erzielt ihre größten Erfolge jedenfalls bei den hartnäckigen älteren Fällen. Unter den Erkrankungen des zentralen Nervensystems sind es die Tabes, die wegen der Schmerzen, und zwar weniger wegen der lanzinierenden als der am Rumpf lokalisierten Schmerzen

Digitized by Google

(Krisen, Gürtelgefühl) in Betracht kommt, dann die akute spinale Kinderlähmung, bei der zur Behandlung des Grundleidens die frühzeitige Querdurchwärmung der befallenen Rückenmarksegmente (Picard), wie auch für das spätere Stadium der Erkrankung zur Bekämpfung der Zirkulationsstörungen und Schmerzen die Längsdurchwärmung der befallenen Extremitäten (Bordier) empfohlen worden ist. — Vorzüge dieses Leitfadens sind die knappe, verständliche, übersichtliche Behandlung des Stoffes, die kritische Wertung der therapeutischen Erfolge der Diathermie auf Grund eigener Erfahrung und objektiver Beurteilung der Beobachtungen anderer auf diesem Gebiet erfahrener Autoren (Kowarschik). *G. Stiefler* (Linz).

Milizin, W.: Versuch einer systematischen ambulanten physikalischen Therapie der Ischias. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 955—962. 1925. (Russisch.)

152 ambulatorisch durch einfache und kombinierte physiotherapeutische Methoden behandelte Ischiasfälle, von denen nur 60 genauer verfolgt werden konnten. 9% Heilung, 20% deutliche Besserung. Galvanotherapie gibt nicht weniger günstige Resultate als die Ionotherapie. Handmassage ist der mechanischen Massage vorzuziehen. Diathermie gibt wenig, etwas mehr lokale Lichtbäder, effektvoller ist die Kombination von Massage und Strahlentherapie. Langdauernde Prozeduren sind den kurzen, aber intensiven vorzuziehen, in dieser Hinsicht ist beachtenswert die französische Galvanisation mit hohem Amperage (50 Milliampère — 30 Min.). Im Bade aktiv-passive Bewegung, nach demselben $^1/_2$—1stündige Ruhe. Volle Beurlaubung des Ischiatikers während der Kur und stationäre Behandlung statt ambulatorischer ist anzuempfehlen. Die als Paradigma angeführten 10 Krankengeschichten sind leider zu banal und ebensowenig überzeugend wie die ganze Abhandlung. *Higier* (Warschau).

Sharpe, William: End results in neuro-surgery. Impressions during decade 1913 bis 1923. (Endergebnisse der Nervenchirurgie. Eindrücke während der 10 Jahre 1913—1923.) (*New York policlin. hosp. a. postgraduate med. school, New York.*) Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 5, S. 684—697. 1925.

Zusammenfassender Bericht über die Ergebnisse zehnjähriger chirurgischer Praxis. Die Resultate der Operationen an Hirntumoren waren recht ungünstig. 81% der Fälle erwiesen sich als bösartig. Von diesen hat kein Fall innerhalb dieses Zeitraums die Operation um mehr als $3^1/_2$ Jahre überlebt. Wesentlich günstiger waren die Erfolge bei Endotheliomen. Die operative Mortalität bei Hirntumoren betrug 19%. — Bei Hirnabsceß betrug die Mortalität 72%, wobei die wesentlich günstigeren subduralen Abscesse nicht mitgezählt sind. Wichtig ist es, daß die Punktion des Abscesses möglichst durch gesundes Gewebe hindurch erfolgt, um Infektion der Meningen zu vermeiden. — Die Erfolge der operativen Behandlung bei Hydrocephalus internus waren ausnahmslos ungünstig, die des Hydrocephalus externus (Drainage) wesentlich besser. Günstig gestaltete sich die Chirurgie des Ganglion Gasseri bei V.-Neuralgie (2% Mortalität) und der Rückenmarkstumoren. Hier fanden sich nur in 41% der Fälle maligne Tumoren. Die operative Mortalität betrug 9%. — Laminektomie bei Rückenmarksverletzungen sollte möglichst im akuten Stadium ausgeführt werden, da die Ergebnisse bei alten Fällen viel ungünstiger sind. — Direkte Naht bei Nervenverletzungen hatte gute Resultate, um so besser, je peripherer die Läsion lag. Geburtslähmungen des Plexus brachialis geben Anlaß zur Operation, wenn es sich um Zerreißungen handelt. Unter 146 Fällen starb einer; vollkommene Heilung wurde niemals erzielt. Das beste Alter für die Operation ist 3 Monate. — 32 Fälle von Facialis-Hypoglossus-Anastomose bei peripherer Facialislähmung hatten nur in einem Fall Besserung aufzuweisen. — Unter den frischen Hirnverletzungen bei Erwachsenen fanden sich grobe Zerreißungen des Hirngewebes nur in 6%, bei einer Gesamtzahl von über 1000. In 56% der Fälle erwies sich rein exspektative Behandlung als hinreichend. Magnesiumsulfat- und Kochsalzlösungen zur Herabsetzung des intracranialen Drucks hatten hier keinen befriedigenden Erfolg, besseren bei den Tumorfällen. In 30% der Fälle von trauma-

Digitized by Google

tischer Hirnverletzung wurde operativ eingegriffen. Die gesamte Mortalität betrug 39%, die operative Mortalität 38%. Während des Schocks und im Terminalstadium ist jeder Eingriff kontraindiziert. Der Eingriff bestand in subtemporaler Dekompression zur Herabsetzung des gesteigerten Hirndrucks. Bei Kindern kommt operative Behandlung viel seltener in Frage (16%). — Intracraniale Hämorrhagien bei Neugeborenen (46 Fälle) wurden mit Lumbalpunktion und Drainage und erst bei Erfolglosigkeit dieser Therapie operativ behandelt. 29 Kinder starben, von den 17 Überlebenden zeigen 9 körperliche und geistige Defekte. — Von alten Hirnverletzungen konnten nur 34% als geheilt oder gebessert klassifiziert werden, aber $^2/_3$ von diesen litten noch immer an den typischen Beschwerden nach Schädeltrauma. Viele von ihnen zeigten deutliche Zeichen gesteigerten Hirndrucks. Auch bei cerebraler Kinderlähmung wiesen 12% Hirndrucksymptome auf. Sympathicusdurchschneidung zur Besserung der Spasmen erwies sich in 6 Fällen als erfolglos. Bei mäßiger Hirndrucksteigerung empfiehlt Verf. Schilddrüsen- und Thymustherapie, bei Drucksteigerung auf mehr als das Doppelte der Norm dekompressive Trepanation.

Erwin Wexberg (Wien).

Sicard, Haguenau et Lichtwitz: Bicordotomie latérale pour crises gastriques chez un syphilitique. Guérison. Isothermognosie. (Doppelseitige, laterale Chordotomie wegen gastrischer Krisen bei einem Syphilitischen. Heilung, Isothermognosie.) (*Soc. de neurol., Paris, 3. XII. 1925.*) Rev. neurol. Jg. **32**, Bd. **2**, Nr. 6, S. 756—758. 1925.

Die Chordotomie wurde rechts zwischen d 1 und d 2, links zwischen d 2 und d 3 ausgeführt. Während der bisherigen weiteren Beobachtung des Patienten (6 Monate) sind keine Schmerzanfälle mehr aufgetreten. Kalt und warm emfindet der Patient nun (infolge der Läsion des Gowersschen Bündels) beide als warm (Isothermognosie), erst nach längerer Einwirkung des Temperaturreizes vermag er einen Unterschied zwischen warm und kalt anzugeben. Die Schmerzempfindung ist natürlich geschädigt. Störungen der taktilen Sensibilität fehlen ebenso wie solche der Tiefenempfindung, die Motilität zeigt auch keine grobe Störung, keine Zeichen einer Pyramidenläsion. Vorübergehend bestanden Urinretention und trophische Störungen, welch letztere sich bis auf eine kleine Stelle am Sacrum rückgebildet haben. *E. Spiegel* (Wien).

Maragliano, Dario: Stiramento dello sciatico come atto complementare in trapianto osseo peduncolato per pseudoartrosi congenita della gamba. (Dehnung des Ischiadicus als Ergänzung der gestielten Knochentransplantation bei angeborener Pseudoarthrose des Unterschenkels.) (*Istit. di patol. spec. chir., univ., Genova.*) Chir. d. org. di movim. Bd. **9**, H. 4/5, S. 485—494. 1925.

In einem vom Verf. behandelten Fall gelang die Heilung einer kongenitalen Pseudoarthrose der Tibia mit Hilfe der gestielten Transplantation vom andern Bein her — eine Methode, die bisher nur zweifelhafte Erfolge aufwies — einerseits dadurch, daß der Stiel erst nach 51 Tagen durchschnitten wurde, andererseits durch die Kombination mit blutiger Dehnung und Schwächung („hersage") des Tibialis und Peroneus, wodurch nach Annahme des Autors die trophischen Bedingungen ebenso modifiziert werden wie durch die periarterielle Sympathektomie. Dabei ergab sich an den beiden Nervenstämmen der Befund einer perivasculären Sklerose, die nach Annahme des Verf. ebenfalls kongenital und mit der Pseudoarthrose in ätiologischem Zusammenhang sein könnte. *Erwin Wexberg* (Wien).

● **Hahn, Otto: Die Chirurgie des vegetativen Nervensystems.** Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1925. IX, 264 S. G.-M. 15.60.

In der Zeit, in der die Wellen der Begeisterung über die Sympathektomie bei allen möglichen und unmöglichen Erkrankungen sich zu glätten beginnen, ist das Erscheinen von O. Hahns Chirurgie des vegetativen Nervensystems seiner sachlichen Einstellung und der klaren Gliederung des Stoffes wegen lebhaft zu begrüßen. Das Buch enthält nicht die enthusiastische Empfehlung einer Reihe überlebter Eingriffe, mit denen einmal ein günstiger Erfolg vorübergehend erzielt wurde, sondern macht uns kapitelweise mit den anatomischen und physiologischen Grundlagen dieses jungen Zweiges der operativen Chirurgie klar und eingehend bekannt. Leider sind die an jeder Klinik beobachteten Mißerfolge, zu denen auch die Rückschläge nach anfänglichen

Digitized by Google

Besserungen zu zählen sind, nicht nachdrücklich genug hervorgehoben worden. Auch die Entwicklung des Sympathicus, die für das Verständnis mancher sympathogener Zustände von Bedeutung ist, kommt etwas zu kurz. Dafür sind Anatomie und Topographie des Sympathicus und Parasympathicus anschaulich dargestellt. Auch die Physiologie und die Theorien über die ungeklärten Einflüsse des Sympathicus auf die Organe sind verständnisvoll geschildert. An die speziellen Organkapitel schließen sich jedesmal die gebräuchlichen chirurgischen Eingriffe am Sympathicus an, so die Operation von Lériche zur Heilung von Speichelfisteln, die Jonnescos beim Morbus Basedow und die Alexandersche Resektion des Ganglion cervicale supremum gegen Epilepsie sowie deren Modifikation. Besonders eingehend werden die Eingriffe nach Jonnesco, Brünings, Eppinger-Hofer und Flörcken gegen Angina pectoris abgehandelt. In weiteren Kapiteln werden die Theorien über den Eingeweideschmerz erörtert, jedoch jede Stellungsnahme vermieden. v. Gazas Verfahren zur Unterbrechung des Reflexbogens durch Resektion des Ramus communicans wird abgebildet und beschrieben. Ebenso wird die bei uns weniger geübte Sympathektomie des Nierenstiels nach Papin erläutert. Als besonders gelungen muß die Bearbeitung der Sympathicuschirurgie der Blutgefäße betrachtet werden, da O. Hahn auf diesem Gebiet eigene Beiträge geliefert hat, die in 6 anschaulichen Abbildungen und entsprechendem Text wiedergegeben werden. Brünings Verdienste um die Sympathektomie werden gebührend hervorgehoben. W. Lehmanns Ansicht, daß die Wirkung der Sympathektomie auf der Ausschaltung zentripetaler Impulse sensibler und auf einer Gleichgewichtsstörung im übergeordneten Vasomotorenzentrum beruhe, wird den Erklärungen anderer Autoren vorgezogen. Die Schwächung der Vasomotoren soll auf den Fortfall ihrer Erregungsmöglichkeit in den Seitenhornzentren zwischen dem 8. cervicalen und den sakralen Segmenten infolge der Ausschaltung der sensiblen Zuflüsse nach Sympathektomie zurückzuführen sein. Zum Schluß werden die völlig ungeklärten vasomotorisch-trophischen Störungen und die Versuche, sie mittels Sympathektomie zu beeinflussen, abgehandelt. *E. Heymann* (Berlin).

Pokorný, Čestmír: Periarterielle Sympathektomie in Deutschbrod. Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 51, S. 1831—1833. 1925. (Tschechisch.)

Verf. bespricht zunächst die physiologischen Grundlagen und die Technik der periarteriellen Sympathektomie nach Leriche-Brüning. Die Operation wurde im Krankenhaus in Deutschbrod 48 mal ausgeführt. Sehr gute Resultate wurden bei schlecht heilenden Frakturen, bei Ulcus cruris, bei Syringomyelie, bei torpiden Geschwüren erzielt. Es wurde auch in manchen Fällen ein günstiger Einfluß auf die andere nicht operierte Seite beobachtet (Kreibich). Verf. hat bei dieser Operation nie einen unangenehmen Zwischenfall erlebt. *Sittig* (Prag).

Spezielle Neurologie.

Meningen:

Chalmers, A. K.: The epidemic diseases of the central nervous system. (Die epidemischen Krankheiten des Zentralnervensystems.) Glasgow med. journ. Bd. **104**, Nr. 3, S. 121—152 u. Nr. 4, S. 190—200. 1925.

Die Untersuchungen des Verf. erstrecken sich auf die Meningitis cerebrospinalis, die Poliomyelitis und die Encephalitis epidemica und behandeln in der Hauptsache epidemiologische Fragen; Klinik und Therapie werden nur gestreift. Besonders ausführlich wird das epidemische Auftreten der genannten Erkrankungen in Schottland besprochen und an Hand von zahlreichen Kurven und Tabellen erläutert. In dem Abschnitt über Encephalitis epidemica finden sich genauere Angaben über Verteilung nach Lebensalter, Geschlecht, Jahreszeit, Gegend, über Vergesellschaftung mit anderen Krankheiten und Auftreten während der Schwangerschaft. Von Interesse sind die Vergleiche zwischen den Infektionskrankheiten des Kindesalters und den epidemischen

Digitized by Google

Krankheiten des Nervensystems; während erstere eine weit höhere Mortalitätsziffer aufweisen, verschlechtert sich bei letzteren die Prognose durch schwerwiegende Folgezustände (z. B. Lähmungen und Charakterveränderungen). *Taterka* (Berlin).

Thomsen, Oluf: Neuere epidemiologische Untersuchungen über die Meningokokkeninfektion. Bibliotek f. Laeger Jg. **116**, Nr. 12, S. 755—767. 1924. (Dänisch.)

Untersuchungen in Dänemark vom Verf. und Wulff haben gezeigt, daß die von namentlich französischen und englischen Autoren gemachten Klassifizierungen der Meningokokken bezüglich der Agglutination und der Absorption der Agglutinine epidemiologisch keine allgemeine Gültigkeit besitzen. Während des Krieges zeigten auch in Dänemark die Meningokokkeninfektionen eine starke Zunahme. In diesem Lande gab es fast ausschließlich einen (90% der Fälle) wirklich pathogenen Typus (A genannt), der aber mit keinem von den Gordonschen Typen übereinstimmt. Die Typen I, II, III von Gordon sind nach Untersuchungen von Wulff in Dänemark auch gefunden, aber (mit Ausnahme von III in einem Falle) apathogen. Typus IV bis jetzt nicht gefunden. Verf. hebt die Wichtigkeit der Typusbestimmung in jedem Lande hervor, um die Behandlung mit monovalentem typusspezifischem Serum durchführen zu können (gute Resultate durch intravenöse Injektionen 50—100 ccm auch in schweren Sepsisfällen). Die in Dänemark sowie in anderen Ländern in den letzten Jahren auftretenden Fälle von Meningokokkensepsis können nicht einem besonderen Typus zugeschrieben werden, sondern werden durch Virulenzsteigerungen erklärt. Mit Wulff zusammen hat der Autor feststellen können, daß die epidemische Meningokokkenmeningitis in der überwiegenden Zahl der Fälle die metastatische Lokalisation einer primären Blutinfektion ist. Erstens haben sie in 50 tödlich verlaufenen Fällen von Meningokokkensepsis mit Petechien und großen Purpuraflecken vom Blut, von den Petechien oder sonst von der Haut die Meningokokken züchten können. In einigen Fällen erschienen die Hauteruptionen zu einer Zeit, wo die Lumbalpunktion eine vollkommen normale Zerebrospinalflüssigkeit ergab. In einem Kasernenschiff mit 700 Marinesoldaten fanden sich gleichzeitig mit einigen tödlich verlaufenen Fällen von Meningokokkensepsis mit ausgebreiteten Petechien 12 Fälle von einer febrilen Krankheit, mit katarrhalen Erscheinungen der oberen Luftwege nebst einem maculo-papulösen Exanthem besonders der Streckseite der Extremitäten. Zerebrospinalflüssigkeit frei. Kräftige Meningokokken Komplementbindungsreaktion mit Typus A. Andere abortive Fälle verliefen nur mit Fieber während einiger Tage und ohne Exanthem. Eine Methode wird angegeben, mit der es immer gelingt, die Meningokokken histologisch in der Haut um die Petechien nachzuweisen. Die Unterscheidung zwischen „echten" Meningokokken und so genannten Pseudomeningokokken, Parameningokokken, Pharyngokokken hat keine Berechtigung mehr. Es gibt überhaupt unter den Meningokokken eine große Menge durch Agglutination, mit Absorptionsversuchen kombiniert, serologisch trennbare Typen. *Ingvar.*

Ascoli, Vittorio: Infection à méningocoque sans méningite. (Meningokokkeninfektion ohne Meningitis.) (*Clin. méd., univ., Rome.*) Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 290—298. 1925.

Mitteilung eines Falles. Bemerkenswert ist die Lokalisation des Meningokokkus im Kleinhirn. Im Blut Meningokokkus, Kulturen des Liquor steril. *Kurt Mendel.*

Urech, Eugène, et Walter Schnyder: Le bacille de Pfeiffer, agent de méningite cérébro-spinale. (Der Pfeiffersche Bacillus als Erreger von Meningitis cerebrospinalis.) (*Inst. d'hyg., univ., Zurich.*) Ann. de l'inst. Pasteur Bd. **39**, Nr. 9, S. 769—782. 1925.

Im Laufe eines Jahres wurden sieben durch den Influenzabacillus (Pfeiffer) verursachte Meningitiden beobachtet. Der jüngste Kranke war 9 Monate, der älteste 4 Jahre alt; nur der letztere überlebte, blieb aber beiderseitig taub. Die Pleomorphie und Variabilität der gewonnenen Stämme spottet allen morphologischen Einteilungsversuchen. Auch die Virulenz für Laboratoriumstiere schwankt innerhalb weiter Grenzen (die von Cantani empfohlene intracerebrale Infektion bei Meerschweinchen und Kaninchen ist verläßlicher als andere Methoden). Auch in kultureller und serologischer Prüfung war eine Verschiedenheit der Meningitisstämme gegenüber den Erregern von Erkrankungen der Atemwege unauffindbar.

Gruschka (Aussig).°°

Digitized by Google

Nestor, N. I., und Alex. Codreanu: Meningokokkenserum-Therapie und ihre Unfälle. Spitalul Jg. **46**, Nr. 1, S. 9—10. 1926. (Rumänisch.)

Verff. behandelten einen Fall von Meningitis cerebrospinalis mit Meningokokkenserum und ziehen folgende Schlüsse. Die endolumbale Serotherapie zeigt gleich nach den ersten Stunden sehr gute Erfolge. Rückfälle, die manchmal vorkommen, sind als anaphylaktische Anfälle aufzufassen. Die Lumbalpunktion zeigt während dem Rückfall veränderte polynucleäre Zellen, Eiweiß, Globuline, Zucker vermindert. Meningokokken anwesend. Bei Seromeningitis ist die Lumbalflüssigkeit trübe, mit Mononucleären, intakte polynucleäre Zellen. In Rückfällen ist weiter mit Serum zu behandeln. *Urechia* (Klausenburg).

Piquet, Jean: Formes rares de méningites otitiques. (Seltene Formen von otitischer Meningitis.) Arch. internat. de laryngol., otol.-rhinol. et broncho-oesophagoscopie Bd. **4**, Nr. 8, S. 964—967. 1925.

Fall 1: Meningitis nach Otitis, hervorgerufen durch den Pneumococcus mucosus. Sehr schneller Verlauf. Tod nach weniger als 3 Tagen. Fall 2: Meningitis otitischen Ursprungs mit Pfeifferschem Bacillus. Sehr schneller Verlauf. Tod 8 Tage nach Auftreten der ersten Symptome trotz Operation. *Kurt Mendel.*

Wechsler, I. S., and S. Brock: Clinical application of tonic neck reflexes. With special reference to tuberculous meningitis. (Klinische Anwendung von tonischen Halsreflexen, Mit besonderer Berücksichtigung der tuberkulösen Meningitis.) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **14**, Nr. 6, S. 758—768. 1925.

Mehrere Fälle von Magnus-de Kleijnschen tonischen Halsreflexen bei verschiedenen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Die Verff. betonen besonders die Häufigkeit dieser Reflexe bei der tuberkulösen Meningitis (9 auf 17 Fälle). *Dusser de Barenne.*

Marzio, Q. di: Sintomi oculari della meningite sierosa. (Augensymptome der Meningitis serosa.) (*Clin. oculist., univ., Roma.*) Riv. oto-neuro-oftalmol. Bd. **2**, H. **4**, S. 289—346. 1925.

Die Formes frustes der Meningitis serosa — gekennzeichnet durch Sehstörungen, Kopfschmerz, Erbrechen, Übelkeit, Müdigkeit, erhöhten Druck des sonst normalen Liquors — zeigen wenig neurologische Symptome; um so wichtiger ist der Augenbefund. Dieser umfaßt motorische Störungen (Abducensparese, Nystagmus bei Blick nach der Seite), Farbenskotom in vertikaler Ausdehnung und ophthalmoskopische Abweichung, nach denen man 4 Untergruppen unterscheiden kann. 1. Beginnende Forme fruste mit papilloretinalem Ödem und peripapillärer Netzhautvortreibung. 2. Ältere Form, die ähnliche Bilder wie die Embolie der Art. central. retinae hervorruft und die oft mit Krämpfen einhergeht. 3. Frische subakute Form, bei der im Gegensatz zu den übrigen meist auch der Papillenrand erhaben ist. 4. Akute oder alte hämorrhagisch-ödematöse Form, die schwer von der Stauungspapille bei Tumor zu unterscheiden ist, in erster Linie dadurch, daß das Ödem den Gefäßen folgt und der Papillenrand immer das Papillenzentrum überragt. Außer diesen „juxtapapillären" Veränderungen findet man nur Stauung der gewundenen Venen bei normalen Arterien. Lumbalpunktion bringt sofort in der ersten und dritten Gruppe erhebliche Besserung, sogar Heilung, sie muß bei den Fällen der Gruppen 2 und 4 bis 4mal wiederholt werden, um Beschwerden und Symptome zum Verschwinden zu bringen. Entnimmt man wenig Liquor, so treten keine Punktionsbeschwerden ein. Diese therapeutischen Erfolge werden durch 30 Fälle illustriert, von denen drei otogenen, ein vierter nach Ansicht von Ref. doch wohl luetischen Ursprungs ist. *Kastan* (Hamburg).

Kerangal, Y. de: Sur un cas de pachyméningite végétante consécutive à un cholestéatome ancien de la mastoïde. (Über einen Fall von Pachymeningitis nach einem alten Mastoidcholesteatom.) Rev. de laryngol., d'otol. et de rhinol. Jg. **46**, Nr. 23, S. 792—797. 1925.

Mitteilung eines Falles. *Kurt Mendel.*

Achard: Hémorragies méningées curables des jeunes sujets. (Heilbare Hirnhautblutergüsse bei jungen Personen.) (*Hôp. Beaujon, Paris.*) Journ. des praticiens Jg. **40**, Nr. 1, S. 1—6. 1926.

Es wird darauf hingewiesen, daß die Blutergüsse nicht nur aus den Gefäßen der

Digitized by Google

Hirnhäute, sondern auch aus solchen des Hirnes selbst stammen und sich subarachnoidal ergießen können. Es werden 2 entsprechende Krankengeschichten mitgeteilt, in denen Symptome und Verlauf genau beschrieben werden. Die Lumbalpunktion ergab blutigen Liquor. Die Ursache der Blutungen war unklar, Schädeltraumen kamen dafür nicht in Frage; in dem einen Fall wurde an eine tuberkulöse, in dem andern an eine syphilitische Erkrankung gedacht. *Manfred Goldstein* (Magdeburg).

Boyd, William: Diffuse tumors of the meninges. (Diffuse Geschwülste der Hirnhäute.) (*Winnipeg gen. hosp. a. dep. of pathol., univ. of Manitoba, Winnipeg.*) Americ. journ. of pathol. Bd. **1**, Nr. 6, S. 583—593. 1925.

Es wird eine ausgebreitete Geschwulst der weichen Hirnhäute beschrieben, ausgehend von einem kleinen Tumor der Haut, welcher auch einige Metastasen in der Haut und eine in der Niere verursacht hatte. Die primäre Geschwulst war zum Teil pigmentiert. Die Subarachnoidalräume waren vollgestopft mit epitheloiden, farblosen Zellen, dagegen enthielten die reichlich vorhandenen Tumorzellen um die Rindengefäße viel gelbes Pigment. Die Geschwulstelemente fanden sich auch in Mittelhirn, Brücke, Medulla und Hirnnerven, sowie in den Häuten des Kleinhirns, dagegen nicht in seiner Rinde; die Ventrikel waren frei. Im Liquor waren zu Lebzeiten Tumorzellen nachgewiesen worden. Die Ausbreitung der Geschwulst auf dem Liquorwege sei wahrscheinlich. Besprechung einiger Fälle aus der Literatur.

Hallervorden (Landsberg-Warthe).

Lange, Cornelia de, und Margaretha C. M. Smid: Glioma diffusum piae matris. (*Emma-kinderziekenh. en neurol. laborat., prof. B. Brouwer, Amsterdam.*) Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 1. Hälfte, Nr. 26, S. 2944—2952. 1925. (Holländisch.)

2jähriges Kind, bei dem — es war ein Trauma vorausgegangen — zunächst die Diagnose auf Spondylitis traumatica cervicalis gestellt wird. Nach anfänglicher Besserung erfolgt ein Rückschlag unter den Erscheinungen einer Meningitis tuberculosa, für die die Untersuchung aber keine Anhaltspunkte ergibt. Da einige Erscheinungen für einen Hirntumor sprechen, wird eine Schädelöffnung vorgenommen, aber kein Tumor gefunden, so daß eine Meningitis chronica hyperplastica angenommen wird. Erst die Autopsie mit mikroskopischer Untersuchung zeigt, daß es sich um ein diffuses Gliom der Pia gehandelt hat. *König* (Bonn).

Riehl jun., Gustav: Zur Pathologie der sogenannten Endotheliome der Dura mater. (*I. chir. Univ.-Klin., Wien.*) Arb. a. d. neurol. Inst. d. Wiener Univ. Bd. **27**, H. 2/3, S. 397—414. 1925.

Verf. stellt zunächst auf Grund von nach Kolmer fixierten Präparaten fest, daß im Gegensatz zu einer Behauptung Mallorys, der die Existenz einer Zellauskleidung der Durainnenfläche völlig geleugnet hatte, daß die Dura tatsächlich ein Endothel hat, das mit dem der Arachnoidea zusammenhängt. Weiterhin ergab sich aus dem Studium von 15 „Duraendotheliomen", daß diese Tumoren von all den Strukturen ausgehen können, die theoretisch in Frage kommen, nämlich 1. von den die Fibrillenbündel umscheidenden, nicht nur stäbchenförmigen, sondern ziemlich vielgestaltigen Bindegewebszellen (Fibrillenscheidenzellen) = modifizierte Fibrome, 2. vom Duraendothel (echte Duraendotheliome), 3. von intradural gelegenen Zellzapfen der Arachnoidea (entsprechend Pacchionischen Granulationen), wie M. B. Schmidt das zuerst beschrieben hat. Dazu kommen 4. noch die vom Verf. nicht untersuchten Endotheliome bei allgemeiner Neurinomatose. Diese sind morphologisch nicht von den Tumoren der Gruppe 1 zu trennen. Der Ausgangspunkt ist nur bei beginnenden Tumoren erkennbar. Dann zeigt sich bei Tumoren der Gruppe 1, daß die Geschwulst zwischen zwei Lagen der Dura gelegen ist und die Innenauskleidung über dem Tumor erhalten ist, was naturgemäß bei Gruppe 2 nicht zutrifft. Später verwischen sich die Unterschiede. Insbesondere sieht man Wirbelbildung, Psammomkörper u. dgl. bei allen Formen.

Fr. Wohlwill (Hamburg).

Körperflüssigkeiten:

Neel, Axel v.: Über den Zellen- und Eiweißgehalt der normalen Spinalflüssigkeit, sowie über die Bedeutung der kleinen Zunahmen an Zellen und Eiweiß. II. Mitt. (*Kommunehosp. u. psychiatr. Laborat., Univ. Kopenhagen.*) Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **17**, H. 1, S. 3—18. 1925.

So wichtig es ist, an einem großen Material die Grenze normal-pathologisch für den

Digitized by Google

Zell- und Eiweißgehalt zu studieren, so ist es andererseits dabei doppelt notwendig, die Literatur genau zu berücksichtigen und sich einwandfreier Technik zu befleißigen. Beides scheint nun in der vorliegenden Arbeit nicht genügend geschehen. Die Art der Anwendung der Pandy-Reaktion ist gerade für den Zweck nicht exakt genug (hier muß man sich unbedingt an die Angabe von Zalopecke halten); die Notwendigkeit der Einführung einer modifizierten Fuchs-Rosenthalschen Kamera leuchtet mir nicht ein. Die Ausführung der Phase I als Ringreaktion („Scheibe" sagt der Verf.) habe ich oft bekämpft und ihre Benennung als „Guillain-Nonne-Apeltsche" Reaktion ist mit unverständlich, da Guillain bekanntlich nicht das geringste mit der Nonneschen Reaktion zu tun hat. Auf dieser Grundlage scheint es mir nicht verwunderlich, wenn Verf. Ergebnisse hat, die mit denen der Literatur nicht übereinstimmen (Normal $^0/_3$ bis $^1/_3$ für die Zellen). So gesteht auch der Verf. zum Schlusse, daß die Ergebnisse seiner pathologischen Fälle auf oder unter der Nonne-Bisgaardschen Grenze liegen. Für die Klärung der Frage Normal-Pathologisch von Liquor scheint mir die Arbeit trotz des Fleißes der Ausführung wenig verwendbar. (Vgl. dies. Zentrlbl. **40**, 191 u. **42**, 652.) *V. Kafka* (Hamburg).

Barbaglia, Vittorio: Sulla permeabilità meningea al bismuto. Osservazioni sperimentali. (Über die meningeale Permeabilität gegenüber dem Wismut. Experimentelle Beobachtungen.) (*Clin. dermosifilopat., univ., Messina.*) Giorn. ital. di dermatol. e sifilol. Bd. **66**, H. 6, S. 1540—1547. 1925.

In 6 Fällen wurden 2 ccm Trepol injiziert und nach verschiedenen Zeiten Blut- und Liquorentnahme vorgenommen und zu letzterem nach Durchspülung der sonstigen Proben bes. WaR. und Mastix nach den Methoden von Léger und Aubry, sowie von Ganassini und Lombardo auf Wismut gefahndet. Das Ergebnis war nach 1 Stunde negativ, nach 2 Stunden leicht positiv, nach 3—24 Stunden positiv. In allen Fällen handelte es sich um Syphilitiker verschiedener Stadien; der Liquorbefund war sonst stets negativ. *V. Kafka* (Hamburg).

Lipiński, Witold, und Tadeusz Keller: Die diagnostische Bedeutung der Wassermannschen Reaktion mit der Milch der Gebärenden. (*I. Klin. położniczo-ginekol., univ., Kraków.*) Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 50, S. 1058—1061. 1925. (Polnisch.)

Untersuchung der Milch an 200 luischen Wöchnerinnen auf Wassermannreaktion, vergleichend mit Blutserum- und Nabelschnurreaktion. Kontrollversuche mit Meinickereaktion und mit Milch gesunder Wöchnerinnen. Die Milchreaktion läuft parallel der Serumreaktion. Bei symptomfreier, latenter Syphilis fällt gelegentlich die Reaktion an der Wöchnerinnenmilch positiv aus, wo das Serum negatives Ergebnis liefert. Hier und da finden sich in den ersten 4 Nachgeburtstagen auch bei Gesunden nicht spezifische Hemmungsreaktion an der Milch. Bei energischer antiluischer Kur ist die Reaktion auch in der Milch nachweisbar, wenn sie schon im Blutserum geschwunden ist. Nach dem ersten halben Monat der Stillung schwindet bei den luischen Müttern die positive Milchreaktion. 200 Vergleichsuntersuchungen an gesunden Wöchnerinnen beweisen, daß Hemmung bei unter 0,05 ccm Milchquantum für Lues spricht. Fällt die Wassermannsche Reaktion in der Milch positiv aus, so muß auch das scheinbar gesunde Neugeborene auf Heredolues genau beobachtet und nachgeforscht werden. Besonders maßgebend ist der Ausfall der Milchreaktion zwischen dem 4. und 14. Nachgeburtstage. Bei frischen Ammen soll neben dem Blut womöglich auch die Milch hämolytisch untersucht werden. *Higier* (Warschau).

Klopstock, Alfred: Über die Flockungsreaktionen zur Serodiagnose der Syphilis. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. **28**, S. 211—263. 1925.

Ausführliches Referat über die Flockungsreaktionen zur Serodiagnose der Syphilis. Besprochen werden die historische Entwicklung, dann die Reaktionen Meinickes, hierauf die von H. Sachs und W. Georgi. Es folgt ein Aufsatz über die neueren Flockungsreaktionen (A. Vernes, Hecht, Kodama, Dreyer und Ward, Kahn u. a.), ferner ein solcher über die Trübungsreaktionen (Dold, Meinicke), in einem

Digitized by Google

weiteren Kapitel werden die Flockungsreaktionen mit Balsamextrakten (Mac Glumphy, Sachs, Klopstock und Chashi) referiert. In einem Kapitel über die praktische Bedeutung der erwähnten Reaktionen wird hervorgehoben, daß sie keinen Ersatz für die WaR. darstellen und nur von erfahrenen Untersuchern in großen Laboratorien ausgeführt werden sollen. Dann wird der Flockungsreaktion bei experimenteller Kaninchensyphilis gedacht, die noch nicht vollkommen befriedigt und schließlich das Wesen der Flockungsreaktionen und ihre Beziehungen zur WaR. besprochen. Nach den letzten Versuchen des Sachsschen Instituts, an denen Verf. ja aktiv teilgenommen hat, kommt er zu folgendem „fast zwingenden" Schluß: „Das Wesen der syphilitischen Blutveränderung wäre darnach in einer Autoantikörperbildung zu suchen, hervorgerufen durch die immunisierende Wirkung, die die bei dem syphilitischen Gewebszerfall freiwerdenden Lipoide nach Koppelung an Spirochätenleibersubstanzen auszuüben imstande sind." *V. Kafka* (Hamburg).

Weise, Kurt, und Hans Fernbach: Über die Züchtung von Tuberkelbacillen aus Liquor und Absceßeiter in Eigelbwasser. (*Univ.-Kinderklin., Leipzig.*) Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 47, S. 2250—2252. 1925.

Da der Tierversuch zum Nachweis von Tuberkelbacillen zeitraubend, umständlich und teuer ist, der feste Nährboden aber wegen der Gefahr der Überwucherung der ganzen Oberfläche durch Begleitbakterien ungeeignet erscheint, haben Verff. mit dem von dem einen von ihnen (Weise) beschriebenen Kulturverfahren — Züchtung auf 5proz. Eigelbwasser, durch Zusatz von n/4 NaOH bis zum Optimum geklärt, 1 Stunde bei 100° sterilisiert; Neutralisation mit n/4 HCl; Einstellung bei p_H 7,1 — neue Versuche angestellt. In 16 Fällen von Tbc. meningitis bei Kindern wurden mit sämtlichen Liquoren positive Resultate erzielt, selbst wenn im Spinnwebgerinnsel bei mehrfach sorgfältiger Untersuchung keine Bacillen gefunden worden waren. *F. Georgi* (Breslau).

Mingazzini, G.: Les réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien dans les maladies organiques du système nerveux. (Die Kolloidreaktionen des Liquor cerebrospinalis bei den organischen Krankheiten des Zentralnervensystems.) Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 409—418. 1925.

Ergebnisse der Untersuchung von 600 Cerebrospinalflüssigkeiten, mit der Mastixreaktion, die den bekannten entsprachen. Ferner Versuche über die Wirkung der Kalziumionen bei den Kolloidreaktionen, aus denen sich ergibt, daß der Kalziumgehalt mit den Flockungen des Mastixsols nichts zu tun hat. *V. Kafka* (Hamburg).

Thurzó, Jenö: Die bikolorierte Mastixreaktion bei Sclerosis multiplex, Encephalitis und endogenen Geistesstörungen. Gyógyászat Jg. 65, Nr. 50, S. 1118—1119. 1925. (Ungarisch.)

Thurzó berichtet in dieser Arbeit über die Befunde mit seiner bereits mehrfach beschriebenen bikolorierten Mastixreaktion und bikolorierten Benzoeharzreaktion (BMR und BBR) bei nicht luischen organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Bei der multiplen Sklerose sei bezeichnend neben negativen cytologischen, Globulin- und WaR.-Befunden der positive Ausfall der BMR, BBR und Goldsolreaktion, oder wie sich Th. ausdrückt: die Dissociatio colloido-cyto-globulini. Die Kurven bei der BMR und BBR sind nicht identisch mit jenen der Paralyse, ähneln vielmehr jener der abortiven Paralyse, auch findet er in einzelnen Fällen Ähnlichkeit mit der Tabeskurve, oder eine luische Zacke. Die erwähnten Dissoziationen fand Verf. in ca. 80%, die Tabeskurve in 18,7%, die Lueszacke in 31,3% seiner Fälle von Skl. mult. Besonders wichtig sei bei dieser Krankheit eine Stabilität des Liquorbefundes, welcher durch keinerlei Behandlung beeinflußbar, lange Zeit hindurch unverändert besteht, während bei den luisch bedingten Liquorveränderungen die Behandlung eine Veränderlichkeit verursacht. Verf. drückt sich in der Weise aus, daß nicht bloß der Querschnitt des Liquorbefundes maßgebend sei, sondern auch dessen Längsschnitt. Bei Folgezuständen der Encephalitis fand Verf. in 50% absolut negative BMR und BBR, bei negativen übrigen Befunden im Liquor. In den anderen 50%, wo es sich meist um schwerere

Digitized by Google

und progrediente Fälle handelt, ergab sich eine verschieden ausgesprochene Ausfällung, welche um so intensiver, je schwerer die Erkrankung. Bei 9 von 31 Epilepsiefällen bekam Verf. eine geringe Ausfällung innerhalb der Grenzen der Lueszacke; bei Status epilepticus fand er immer eine Fällung. Bei Apoplexie geringe Ausfälle auch noch nach Monaten, leichte Ausfällung bei Arteriosklerose; bei Hemiplegie in 40% eine meningeale Reizungskurve mit Rechtsverschiebung. Vereinzelte ganz schwache, eher bloß angedeutete Kurven bei seniler Demenz und Idiotismus. Stets negative Befunde bei alkoholischer, postinfektiöser Psychose, bei Psychopathen, Paralysis agitans, Chorea, Tetanie. Auch in zahlreichen Fällen von Schizophrenie und manisch-depressiven Zuständen vollkommen negative BMR und BBR, ausgenommen Fälle von latenter Lues. *Karl Hudovernig* (Budapest).

Kafka, V.: Entwicklung und Probleme der Liquorforschung bei Syphilis. (*Psychiatr. Univ.-Klin., Friedrichsberg, Hamburg.*) Dermatol. Wochenschr. Bd. 81, Nr. 43, S. 1566—1570. 1925.

Die Ausführungen Kafkas, die auf kürzestem Raum zahlreiche z. T. strittige Fragen der Liquorforschung anschneiden, eignen sich zu einer noch kürzeren Fassung im Referat nicht. Sie gipfeln in starker Betonung des Wertes der Liquoruntersuchung mit allen zur Verfügung stehenden Methoden. K. wendet sich ganz speziell gegen die von Nonne bes. in seinen letzten Vorträgen ausgesprochene Mahnung, die Laboratoriumsmethoden nicht zu überschätzen. Nach K.s Ansicht wird die Bedeutung der Laboratoriumsmethoden heute eher unter- als überschätzt. *Wüllenweber* (Köln).

Liebhart, Stanisław: Beitrag zu den Komplikationen nach Lumbalanästhesie bei gynäkologischen Operationen. Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 52, S. 1096—1097. 1925. (Polnisch.)

Verf. beschreibt 4 Fälle, wo er 10% Tropocainlösung als Lumbalanaesthetioum in Anwendung brachte und die neben anhaltenden Hinterhauptschmerzen, Doppeltsehen und Gesichtsfeldeinengung reine homonyme Hemianopsie aufwiesen. Letztere stellte sich am 6. bis 7. Tage nach der Operation ein. Bei einer Patientin war auch Alexie und Facialislähmung vorhanden. (Erwähnt sei, daß wegen der nicht vollständigen Analgesie Ätheranästhesie hinzugesetzt werden mußte. Ref.) Reicht man den Kranken prophylaktisch nach der Operation täglich größere Mengen Urotropin intern oder intravenös, so sind derartige Komplikationen ziemlich selten resp. gehen rasch zurück. *Higier* (Warschau).

Alpers, Bernard J.: Lumbar puncture headache. (Lumbalpunktionskopfschmerz.) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 14, Nr. 6, S. 806—812. 1925.

Kopfschmerz nach Lumbalpunktion ist ein häufiges Vorkommnis; er hat keine unmittelbare Beziehung zu der Menge des entnommenen Liquors und tritt vielmehr besonders dann auf, wenn sich nach der Punktion der Liquordruck stark senkt und sogar bis auf 0 heruntergeht. Außerdem spielt die Punktionsnadel und das durch sie hervorgerufene Loch in der Dura eine Rolle bei der Entstehung des Kopfschmerzes. Je größer die Nadel, desto größer der Durariß, desto stärker das Nachsickern des Liquors und desto häufiger der Kopfschmerz. Daher verwende man, um letzterem vorzubeugen, feine Nadeln und verordne strenge Bettruhe zur raschen Heilung der gesetzten Wunde. Tritt trotzdessen Kopfschmerz auf, so gebe man 1,0 Hypophysen-Extrakt intramuskulär. In besonders hartnäckigen Fällen ist diese Behandlung zu ergänzen durch intravenöse Zuführung von 100,0 einer $^1/_2$proz. hypotonischen Salzlösung.

Alfred Schreiber (Hirschberg i. Schles.).

Perkel, J. D.: Contribution à l'étude des accidents secondaires qui suivent la ponction lombaire; les divers moyens de les éviter ainsi que le traitement à suivre. (Beitrag zum Studium der Zufälle nach Lumbalpunktion; die verschiedenen Mittel, sie zu vermeiden und sie zu behandeln.) Presse méd. Jg. 33, Nr. 79, S. 1320—1322. 1925.

Nach Lumbalpunktion kommen vor: Meningismus (Schwindel, Kopfschmerz, Nackenschwere, Übelkeit, Erbrechen, Mattigkeit, Schmerzen in Wirbelsäule und anderen Körperpartien), Hirnnervenlähmungen, Lähmungen peripherer Nerven, Verschlimmerung der Symptome des vorherigen Leidens, psychische Störungen, Apoplexie,

Digitized by Google

Exitus (letzterer bei Hirn- und Kleinhirntumoren). Bei einem Material von 1600 Lumbalpunktionen hatte Verf. keinen Todesfall. In 20 Fällen schwanden die bis dahin dauernden Kopfschmerzen nach einer Punktion völlig. Alle Kranken werden nach der Punktion für $^1/_2$ Stunde in Knieellenbogenlage mit herabhängendem Kopf ins Bett gelegt, dann werden sie ohne Kopfkissen auf die Seite gelegt, dabei die Füße des Bettes erhoben. Von 852 Kranken boten 322 die Symptome des Meningismus nach der Lumbalpunktion (= 37,8%); häufiger sind sie bei Frauen als bei Männern, ferner bei nichtsyphilitischen Kranken sowie latenter Syphilis. Der Meningismus dauerte am längsten bei Hirnsyphilis, am kürzesten bei der progressiven Paralyse, bei der aktiven Syphilis und bei Nichtsyphilitischen. Die schweren Formen von Meningismus zeigten sich bei den nichtsyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems und bei latenter Syphilis, die leichten bei der aktiven Lues und bei der Tabes; die Hauptursache des Meningismus liegt in dem Ausfließen des Liquors durch den Punktionskanal in den epiduralen Raum; in diesen Fällen trifft man häufiger Verminderung des Liquordrucks und seltener Vermehrung desselben. Eine gewisse Rolle in der Ätiologie des Meningismus können der cerebrospinale Schock und die capillären Hämorrhagien in den Hirnmeningen spielen, ferner auch der meningeale Reflex auf die vasomotorischen Zentren während der Lumbalpunktion. Bei ambulatorisch behandelten Fällen sind die Zufälle des Meningismus häufiger als bei klinischen Fällen, bei normalem Liquor häufiger als bei pathologischem. Therapie bei Meningismuszufällen mit Hypotension: intravenöse Injektionen von destilliertem Wasser und subcutane Pituitrin-Injektionen oder Pituglandol-Einspritzungen. Bei Hypertension konzentrierte Zuckerlösung per os. Die epiduralen Injektionen des physiologischen Serums geben bei den meningitischen Zufällen mit Hypertension gleichfalls gute Erfolge, sind aber vom praktischen Standpunkte aus schwer auszuführen, zumal sie sekundäre Zufälle bedingen und ihre Technik ziemlich kompliziert ist. *Kurt Mendel.*

Großhirn:

Encephalitis:

Kraus, R., und J. Takaki: Zur Ätiologie der postvaccinalen Encephalitis. (*Staatl. serotherapeut. Inst., Wien.*) Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 50, S. 1872—1875. 1925.

Die Verff. untersuchten mehrere Fälle von Encephalitis, die nach Vaccination aufgetreten waren, das Gehirn eines verstorbenen und das Serum eines von Encephalitiserscheinungen genesenen Kindes. Hirnmaterial auf Kaninchen überimpft rief weder klinische noch anatomische Veränderungen, weder corneal noch cerebral verimpft, hervor. Daraus läßt sich schließen, daß die Vaccine als Ursache der Encephalitis ausgeschaltet werden kann. Des weiteren wurden zahlreiche Versuche mit einer besonderen Komplementablenkungsreaktion gemacht. Verwandt wurden Sera von Kaninchen, die mit dem Levaditischen sog. Encephalitisvirus, der Levaditischen Neurovaccine immunisiert waren, sowie normale Vergleichssera, Sera von encephalitiskranken Menschen und Serum des von der Encephalitis nach Vaccine Genesenen sowie verschiedene Antigene wie Levaditis-Encephalitisgehirnvirus, Neurovaccinevirus, Herpesvirus und das Gehirn des an Encephalitis nach Vaccination gestorbenen Kindes. Das Serum der postvaccinalen Encephalitis gibt Ablenkung mit dem Levaditischen Encephalitisvirus, Herpesvirus und dem Hirn der postvaccinalen Encephalitis. Ein dem Levaditischen Encephalitis- bzw. Herpesvirus nahestehendes Virus ist als Ursache der postvaccinalen Encephalitis anzusehen, nicht die Vaccine selbst. Die Aktivierung eines latenten Virus ist anzunehmen. Um eine solche Aktivierung auszuschalten und zu verhindern, daß die segensreiche Vaccination in Mißkredit gerät, ist eine Dosierung der Vaccine durchzuführen. Es ist eine Dosis zu verimpfen, die möglichst geringe lokale und allgemeine Erscheinungen hervorruft. Mit dieser Frage sollte sich eine Konferenz vom Hygienekomitee des Völkerbundes befassen.

F. Stern (Göttingen).

Digitized by Google

Debré, Robert, Lévy-Solal, Georges Netter et Longchampt: Varicelle mortelle à forme comateuse d'emblée chez une femme enceinte. (Komatöse Form der Varicellen mit rapid tödlichem Verlauf bei einer Graviden.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **41**, Nr. 38, S. 1568—1572. 1925.

Eine bis dahin vollkommen gesunde 23jährige Frau, die im 8. Monat ihrer ersten Schwangerschaft stand, erkrankte plötzlich unter Mattigkeit, leichtem Fieber an einem Exanthem. Am Abend des ersten Krankheitstages Benommenheit des Sensoriums. Blutdruck 149. Bereits in derselben Nacht tiefes Koma, Temperatur 39,3°, frequenter Puls. Aderlaß und Lumbalpunktion. Im Liquor bloß Eiweißvermehrung. Muskelstarre besonders im Nacken und im Gesicht (Trismus). Im Harn jetzt Spuren von Eiweiß. Das Exanthem hat sich über den ganzen Körper ausgebreitet. Es wurde eine Transfusion von Blut eines Varicellen-Rekonvaleszenten gemacht. Der Zustand der Kranken bessert sich nicht, der Blutdruck sinkt auf 127, der Puls beträgt 190. Am zweiten Krankheitstage abends Exitus. Der Fall wird als Varicellen aufgefaßt. Es seien gleichzeitig zwei Gewebe ektodermalen Ursprungs von dem Prozeß ergriffen worden, Haut und Nervensystem, also eine Varicellenencephalitis. Die Verff. verweisen auf die Beobachtungen der letzten Jahre über die Beziehungen zwischen Herpes und Encephalitis (Levaditi) und Vaccination und Encephalitis (van Bouwdyk Bastianse und Lucksch).

Sittig (Prag).

Urechia, C.-I., et N. Elekes: Sur un cas d'encéphalite charbonneuse. (Ein Fall von Milzbrandencephalitis.) Arch. internat. de neurol. Jg. **44**, Bd. **12**, Nr. 1, S. 12 bis 18. 1925.

Patient mit Milzbrandpustel am Hals erkrankt mit epileptiformen Anfällen und Verwirrtheit. Tod nach 22 Stunden. Es findet sich eine hämorrhagisch-infiltrative Meningoencephalitis mit reichlich Bacillen im Blut, starken Endothelschwellungen, teilweise schweren Ganglienzellveränderungen, reichlich Abbauprodukten in den Gefäßwänden. Neuroglia regressiv verändert, wenige amöboide Gliazellen. Unter den Infiltratzellen reichlich Leukocyten. Die Literatur ist reichlich berücksichtigt. Verff. konstatieren, daß Encephalitis eine seltene Milzbrandkomplikation als Teilerscheinung einer Septikämie ist. Gewöhnlich dauert sie nur sehr kurze Zeit, ein Fall ist geheilt. Herderscheinungen, wie epil. Anfälle, aufsteigende Lähmungen, Hemiplegie, Strabismus neben meningitischen Symptomen, außerdem Kongestion des Gesichts, Mydriasis, Pupillenstarre, bulbäre Atem- und Kreislaufstörungen, Inkontinenz, Verwirrtheit. Anatomisch: Vielfache Hämorrhagien, namentlich der grauen Substanz. Infiltrationen wohl stets vorhanden, ebenso reichlich Mikroben. Ein geheilter Fall zeigte im Liquor positiven Wassermann.

F. Stern (Göttingen).

Paso, Juan Roberto, und Ambrosio Barni: Milzbrand-Meningoencephalitis. Semana méd. Jg. **32**, Nr. 4, S. 173—185. 1925. (Spanisch.)

Bericht über einen eigenen Fall mit anatomischem Befunde und Zusammenstellung der einschlägigen Literatur (22 Arbeiten).

Reich (Breslau).

Bernhof, F.: Die epidemische Encephalitis in der roten Armee. Moskovskij medicinskij žurnal Jg. **1925**, Nr. 11, S. 52—58. 1925. (Russisch.)

Die Übertragbarkeit der epidemischen Encephalitis im Heer erwies sich minimal im Vergleich mit sonstigen infektiösen Epidemien. Es muß speziell Sorge getragen werden bei der Diagnosestellung zwecks früher Hospitalisation der Verdächtigten sowie längerer Beurlaubung der gebesserten resp. scheinbar geheilten Soldaten.

Higier (Warschau).

D'Abundo, Emanuele: Casuistica clinica. V. 1. Su di una particolare sindrome di probabile origine pallidale. 2. Su d'un caso di morbo di Parkinson con autopsia. 3. Sopra due casi di tumori cerebrali con allucinazioni emilaterali. (Klinische Kasuistik. V. 1. Über ein besonderes Syndrom von wahrscheinlich pallidärem Ursprung. 2. Über einen Fall von Parkinsonscher Krankheit mit Autopsie. 3. Über zwei Fälle von Hirntumor mit halbseitigen Halluzinationen.) Neurologica Jg. **42**, Nr. 5, S. 257—276. 1925.

1. Bei dem 24jährigen Pat. besteht 6 Jahre nach Überstehen eines Typhus mit deliranten Erscheinungen linksseitiger, am stärksten in Vorderarm und Hand entwickelter Rigor. Dabei findet sich eine Haltungsanomalie der rechten Hand mit Beugung im Handgelenk, Hyperextension des Daumens, Adduktion und Extension des 2. und 5. Fingers, die Mittelphalangen sind auf den Grundphalangen im Sinne der Hyperextension subluxiert. Die Finger führen gewisse, vom Verf. als choreiform angesehene, unwillkürliche Bewegungen aus. Bei aktiver Streckung der linken Finger gleichsinnige Mitbewegung rechts. Verf. legt Wert auf die Feststellung, daß bei rhythmischer faradischer Reizung eine Erschöpfbarkeit in der Muskulatur des linken Unterarmes besteht. Er führt, ohne einen anatomischen Befund zu bringen, das Symptomenbild auf Veränderungen im Pallidum und leichtere im Striatum zurück. — 2. Klinische Beschreibung des Zustandsbildes des Parkinsonismus. Der anatomische Befund beweist in keiner Weise das Vorliegen einer Paralysis agitans. Neben Atrophien im Pallidum und Nucl.

Digitized by Google

caudatus werden große Cysten im Putamen und im Stabkranz beschrieben. — 3. Fall 1: Hirndruckerscheinungen mit Erblindung durch Stauungspapille. Torticollis mit Kinndrehung nach rechts. Rechtsseitige Hemihypaesthesie und Astereognose. In der rechten Gesichtsfeldhälfte zuerst Photopsieen, später kompliziertere Erscheinungen (Heiligenbilder usw.), die der religiösen Einstellung des Pat. entsprechen. Kein anatomischer Befund. — Fall 2: Unter Hirndruckerscheinungen und linksseitigen Jacksonanfällen Entstehung einer homonymen Hemianopsie nach links bei allgemein infolge Stauungspapille stark herabgesetzter Sehschärfe. Halluzinationen in der linken, blinden Gesichtshälfte, die meist kompliziertere Szenen aus der Kindheit des Pat. darstellen. Im weiteren Verlauf Verschwinden der Sinnestäuschungen. Kein anatomischer Befund. *Hans Strauss* (Frankfurt a. M.).

Pappenheim, M.: Vertikaler Blickkrampf bei postencephalitischem Parkinsonismus. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884 bis 1924, S. 602—605. 1925.

3 Fälle des in letzter Zeit gehäuft beobachteten Symptoms werden mitgeteilt. Verf. weist auf die Beeinflussung des Blickkrampfes durch vestibuläre Reaktionen hin; in einem Fall konnte durch Drehen statt eines Nystagmus nach unten ein Blickkrampf nach oben ausgelöst werden; in einem anderen Fall wurde im Anfallstadium während der Intervalle zwischen den Attacken eine Deviation der Bulbi hervorgerufen, welche der Richtung der langsamen Komponente des Nystagmus entsprach. In einem Falle wurde der Krampf durch entsprechende Augen- und Körperbewegungen ausgelöst. Verf. weist auf ältere Beobachtungen von Nothnagel und Kunn (bei nicht Encephalitiskranken), wo sich ähnliche Verhältnisse fanden. Bemerkenswert ist die Häufigkeit vertikaler Blicklähmungen bei akuter Encephalitis; die Blickkrämpfe entsprechen vielleicht einem späteren Stadium der gleichen Läsion. *F. Stern* (Göttingen).

Morax, V.: Notes cliniques sur quelques symptômes oculaires de l'encéphalite léthargique. (Einige Augensymptome der Encephalitis lethargica.) Rev. méd. de l'est Bd. **53**, Nr. 22, S. 800—817. 1925.

Einige seltenere Fälle werden mitgeteilt. Arzttochter, die im April 1924 mit großem pendelförmigen Nystagmus bei jedem Fixationsversuch erkrankt; im August tritt ein kurzes encephalitisches Syndrom mit Allgemeinerscheinungen und vertikaler Diplopie ein; rasche Heilung. Die großen Oscillationen, die den Myoklonien ähneln, sind eher von einer Läsion oculomotorischer Apparate als von einer solchen der Vestibulariskerne abhängig. In einem zweiten Falle war bei einem Arzt nach Gesichtsneuralgieen eine vertikale Blicklähmung nach oben ohne Fieber und Schlafsucht eingetreten. Auch hier trat schnell Heilung ein. Verf. meint, daß zu den Augenärzten häufig leichtere Fälle von Encephalitis als zum Neurologen kommen. Veränderungen des Augenhintergrundes hat Verf. nie gesehen, obschon histologisch im Chiasma Entzündungen gefunden werden. Die Vermutung des Verf., daß Ärzte und ihre Angehörigen der Erkrankung besonders stark ausgesetzt sind, entspricht wohl nicht allgemeiner Erfahrung. Zum Schluß gibt Verf. einen kurzen Abriß der ätiologischen Encephalitisforschung. *F. Stern* (Göttingen).

Bachstez, E.: Über Divergenzlähmung bei Encephalitis epidemica. Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 45, S. 2501—2504. 1925.

Die Frage, ob Divergenzlähmungen bei Encephalitis vorkommen, ist wegen der Frage nach dem Vorkommen eines Divergenzzentrums von Wichtigkeit. Am leichtesten können flüchtige Abducenslähmungen eine Divergenzlähmung vortäuschen, wenn die Abducenslähmung heilt, aber die Adductoren in einer Contracturstellung verharren, die dauernd werden kann. Verf. teilt 2 Fälle von Divergenzlähmung bei beginnender Encephalitis mit, in denen er die flüchtige Abducenslähmung ausschließen zu können glaubt. Beide Fälle wurden kurz nach Beginn der Doppelbilder untersucht; die Doppelbilder wurden im mittleren Blickfeld deutlich, nahmen bei Seitenbewegung der Augen nicht zu, sie dauerten in dem einen Falle mehrere Wochen, nachdem in den ersten Tagen eine Zunahme der Distanz der Doppelbilder aufgetreten war. Es wird die Existenz eines Divergenzzentrums danach für wahrscheinlich angesehen, die Annahme eines derartigen Zentrums als Gegengewicht gegen das oft und kräftig in Anspruch genommene

Digitized by Google

Konvergenzzentrum erscheint zwanglos, wenn auch die Bulbi nicht über die Parallelstellung hinaus bewegt werden können. *F. Stern* (Göttingen).

Bertolani, Aldo: Manifestazioni coatte accessuali della motilità oculare associate a disturbi psichici nell encefalite epidemica cronica. (Anfallsweise Zwangsbewegungen der Augen, verbunden mit psychischen Störungen, bei der chronischen epidemischen Encephalitis.) (*Istit. psichiatr., Reggio-Emilia.*) Riv. sperim. di freniatr., arch. ital. per le malatt. nerv. e ment. Bd. **49**, H. 2/3, S. 333—370. 1925.

Nach eingehender Besprechung der Literatur Beschreibung von 6 eigenen Beobachtungen mit Schauanfällen (Ewald) bei postencephalitischem Parkinsonismus. Fünf Patienten haben Schauanfälle nach oben. Besonderes Interesse verlangt der 6. Fall: Es bestehen Schauanfälle nach vorne, Pat. sieht im Anfall schlecht, Pupillen lichtstarr, Photopsien, erhöhter Bulbusdruck. Der Zustand wird auf gleichzeitigen tonischen Krampf aller inneren und äußeren Augenmuskeln zurückgeführt. Verf. setzt sich mit früheren Autoren für die Bedeutung der vorderen Zweihügel für das Phänomen ein, wobei die Zweihügel entweder durch den pathologischen Prozeß gereizt oder durch Ausfall höherer Zentren enthemmt werden könnten. Angesichts der der Augenstellung entsprechenden Fixierung des Kopfes wird eine Beteiligung des Kleinhirns für wahrscheinlich gehalten. Meist traten die Anfälle bei Müdigkeit, Aufregung oder dem Übergang vom Schlaf zum Wachen auf. An psychischen Erscheinungen bestanden Angst, schlechte Fixierbarkeit für äußere Reize, Zwangsweinen und Zwangsdenken. Bei 2 Fällen wurde Palilalie im Anfall beobachtet. Scopolamin hatte einen günstigen Einfluß auf die Erscheinungen. *Hans Strauss* (Frankfurt a. M.).

Sterling, Władysław: Spasmodische und pseudotetanische Krampfzustände bei Encephalitis epidemica. Warszawskie czasopismo lekarskie Jg. **1**, Nr. 10, S. 390—393. 1924. (Polnisch.)

Verf. bespricht 10 eigene Beobachtungen von encephalitischen Krampfzuständen meist schmerzhafter Natur, von chronisch-intermittierendem, paroxysmalem oder gemischtem Typus, von verschiedener Lokalisation (Gesicht, Hals, Extremitäten). Wo die Spasmen Tetanie simulieren, fehlen sonstige endokrine Tetanieerscheinungen. Die Schmerzen sind vom Contracturzustande abhängig, am stärksten und häufigsten bei Unterschenkelspasmen ausgesprochen, weniger intensiv bei beiderseitiger Affektion (!). Bei jungen Individuen geben die spasmodischen Krämpfe gute Prognose, bei älteren führen sie in der Regel zu Parkinsonismus. Die Sehnenreflexe sind an der Krampfseite — auch im Intervall — abgeschwächt, der Fußsohlen- und sein Analogon der Handflächenreflex gesteigert. Als psychische Komplikation erwähnt Verf. in seinen Fällen Oligo-, Brady- und Presbyophrenie je nach dem Alter der Patienten. Am Schluß sucht Verf. eine Parallele durchzuführen zwischen seinen paroxysmalen subcorticalen Hemicontracturen und der Bechterewschen Hemitonie (die auch Ref. als „apoplektische" beschrieben hat) einerseits und den Hemitonien der ersten Phase (Ziehen) von Epilepsie und meint, man könne etwa neben der corticalen von einer subcorticalen Epilepsie sprechen, wo ein Zustand zu supponieren wäre, der den Hemmungsentladungen entgegengesetzt ist. (Bei der Hemmungsentladung tritt bekanntlich zuweilen der epileptische Anfall in Form von paroxysmaler Paralyse auf, die Ref. seinerseits [Neurol. Centralbl. 1897] als „Epilepsia paralytica" beschrieben hat, da der vorübergehenden Lähmung keineswegs immer ein Krampfanfall vorausgeht oder nachfolgt.) *Higier* (Warschau).

Hanneman, Y.: Eine Erscheinung bei Encephalitis epidemica. Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **70**, 1. Hälfte, Nr. 1, S. 12—14. 1926. (Holländisch.)

Ein auch für den praktischen Arzt leicht feststellbares Symptom der Encephalitis epidemica ist die Unregelmäßigkeit des Pulses, die bisweilen schon in den ersten Tagen der Krankheit nachzuweisen ist. Manche Kranke klagen dabei über Herzklopfen. *Ganter* (Wormditt).

Morselli, Enrico: Sindromi catatoniformi e schizofrenosimili da encefalite letargica. Contributo clinico con speciale riguardo al problema delle componenti motrici nell'atti-

Digitized by Google

vità mentale. (Katatoniforme und schizophrenieähnliche Syndrome bei der Encephalitis lethargica. Klinischer Beitrag mit besonderer Berücksichtigung des Problems der motorischen Komponenten in der psychischen Aktivität.) (*Osp. psichiatr. prov., Milano.*) Giorn. di psichiatr. clin. e tecn. manicom. Jg. 53, H. 3, S. 143—179. 1925.

Nach einer kurzen Literaturübersicht über Arbeiten, die sich seit Kahlbaum mit dem Auftreten katatoner Bewegungsstörungen bzw. den verschieden gefaßten Motilitätspsychosen befaßt haben, beschäftigt sich Verf. an Hand von 3 Krankengeschichten, die Fälle von Encephalitis epidemica bei Kindern betr., mit dem Wesen der zur Beobachtung gekommenen katatoniformen Bewegungsstörungen. In allen Fällen zeigte der Krankheitsverlauf bezeichnenderweise derartige Störungen, bevor typische Parkinsonbilder sich entwickelt hatten. Die katatoniformen Motilitätsstörungen waren auch später noch zu beobachten, jedoch wurde dann ihre psychopathologische Beurteilung durch das Prävalieren des Rigors erschwert. Nach Auffassung des Verf. ist die katatone Bewegungsverlangsamung (Bradykinesie) direkt als Ausdruck einer Verlangsamung des Gedankenablaufs (Bradyphrenie), und zwar im besonderen der Bewegungsvorstellungen sowie der ideo-affektiven Komplexe, die innige Beziehungen zur Motilität haben, zu betrachten. Die Einzelbeobachtungen ergaben, daß hauptsächlich solche motorische Äußerungen von der Störung betroffen waren, die ihrem Inhalte nach mehr „peripheren" Charakter tragen, d. h. in loserem Zusammenhang mit hochwertigen Willens- und Affekteinstellungen stehen und normalerweise gewöhnlich automatisiert in Erscheinung treten. Diese Ansicht belegt Verf. durch die wiederholte Beobachtung an seinen Kranken, daß die Motorik ihren katatoniformen Charakter verlor und sich formal den üblichen Ausdrucksbewegungen näherte, wenn durch die psychologische Situation stärkere Affekt- oder Willensmotive in Gang gesetzt wurden. Dieses Verhalten ist verständlich, wenn man die modernen Anschauungen über den Zusammenhang zwischen Motorik und Psyche berücksichtigt, nach denen jeder Akt bzw. jede Handlung (im weitesten Sinne) in der Motorik repräsentiert ist. Schließlich diskutiert Verf. die Frage, wieweit von dieser psychopathologischen Anschauung aus ein Eindringen in das Problem des schizophrenen Erlebens möglich sei, und schließt, daß hier offenbar analog dem Betroffensein der Motorik eine Störung der mehr „peripher" gelegenen Akte vorliegt. *Jossmann* (Berlin).

Borgherini, Alexandre: Syndromes tardives de l'encéphalite épidémique. (Spätsyndrome der epidem. Encephalitis.) Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 567—572. 1925.

Verf. steht auf dem Standpunkt, daß die epidem. Encephalitis nicht durch Krankheitskeime hervorgerufen wird, die im Gehirn selbst sich finden, sondern durch „Grippetoxine", etwa durch Toxine, die von Diplostreptokokken im Respirationstraktus stammen, entsprechend der Tarozzischen Annahme. Die Spätsymptome werden durch erneutes Angreifen von Toxinen in den geschädigten Hirnstellen bedingt, statt Grippetoxinen kann die Toxämie auch durch Toxine anderer Genese, z. B. Dysenterie, bedingt sein. *F. Stern* (Göttingen).

Neel, Axel V.: Über Vorkommen der Encephalitis lethargica und des Singultus epidemicus nebst Influenza und Poliomyelitis ant. acuta in Dänemark während der letzten Jahre. Hospitalstidende Jg. 68, Nr. 17, S. 392—403 u. Nr. 18, S. 409—415. 1925. (Dänisch.)

Neel gibt hier einen Überblick über das Vorkommen der Encephalitis lethargica, des epidemischen Singultus, der Influenza und der Poliomyelitis ant. acuta in Dänemark während der Jahre 1918—1924. Alle diese Krankheiten sind einzeln und für sich meldepflichtig, besonders auch der epidemische Singultus. Die Encephalitis und der Singultus finden sich oft gleichzeitig mit Influenzaepidemien, doch scheint die Influenza und ihre Epidemie nicht notwendig zu sein für das Auftreten der Encephalitis, die auch vor oder im Beginn der Influenzaepidemie vorkommt. Die Influenza kann den Boden für die Encephalitis vorbereiten, so wie sie für andere Bakterien (Pfeifferschen

Digitized by Google

Bacillus) es tut und sie kann im allgemeinen die Widerstandskraft herabsetzen. Insofern kann ihr Vorausgehen auch Schuld sein an den großen Poliomyelitisepidemien, die im Herbst meist ihr folgten (bis zu 400 Fälle im Jahr). Zur Zeit der Influenzaepidemien im Winter kommen nur ganz vereinzelte Fälle von Poliomyelitis vor. Die Singultusepidemien und ihre Höhe fallen nicht direkt mit der Ausbreitung der Encephalitis und Influenza zusammen; auch lokal treffen Singultus- und Encephalitisepidemien nicht immer zusammen. Sie treten ebenso, wie die sporadischen Fälle vorwiegend bei Männern auf, ca. in 87% der Fälle, was der Verf. durch die besondere Respirationsweise des Mannes und Inanspruchnahme des Zwerchfells und Phrenicus zu erklären sucht. Im Singultus will der Verf. oft ein Monorezidiv einer vorausgegangenen oder bestehenden Encephalitisinfektion sehen; der Singultus ist ein Ausdruck latenter Encephalitisinfektion; daher zeigen diese Fälle auch nicht selten andere encephalitische Symptome, wie Augenstörungen, Schlafstörungen usw. Die Infektion kann chronisch latent verlaufen. Das Jahr 1922 war fast frei von Singultus und Encephalitis, während 1921 und 1923 beide sehr häufig und epidemisch auftraten. *S. Kalischer* (Berlin).

Herrmann, G., und E. Wotke: Die Beeinflussung des Tremors bei Encephalopathia postgripposa durch Nicotin. (*Dtsch. psychiatr. Klin., Prof. A. Pötzl, Prag.*) Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 49, S. 1842—1844. 1925.

Angeregt wurden die Versuche der Verff. durch die Mitteilung eines Kranken, daß sein Zittern nach Rauchen einer Zigarette verschwinde. Bei 19 Fällen mit chron. Enc., die dann untersucht wurden, ergab sich, daß mit einem Dekokt von 0,1 bis 0,2 Tabaktrockensubstanz, subcutan injiziert, der Tremor bei 11 Fällen für einige Stunden bis zu 20 Tagen gebessert bzw. zum Schwinden gebracht werden konnte, während die Rigidität nicht schwand. Injektionen von 1—2 mg Nikotinum tartaricum blieben ohne Erfolg. Namentlich in den Armen wird der Tremor gut durch das Tabakdekokt beeinflußt. Verff. nehmen eine zentrale Komponente an, da gelegentlich Schlafsucht den Injektionen folgt, und gleichzeitig eine periphere, da gelegentlich Paraesthesieen in der Hand bestanden. *F. Stern* (Göttingen).

Woodcock, H. M.: An analysis of the present state of our knowledge relating to Encephalitozoon. (Eine Analyse des gegenwärtigen Standes unserer Kenntnisse über Encephalitozoon.) (*Protozool. laborat., Lister inst. of prevent. med., London.*) Journ. of the roy. army med. corps Bd. **44**, Nr. 6, S. 401—410 u. Bd. **45**, H. 1, S. 1—16. 1925.

Die Arbeit berücksichtigt hauptsächlich parasitologische Gesichtspunkte und setzt in ausführlichen Erörterungen, die im Original eingesehen werden müssen, auseinander, warum man dem Erreger der epidemischen Encephalitis, dem Encephalitozoon, bisher noch keine bestimmte Stellung im System anweisen kann, vor allem warum er nach den bisher vorliegenden Untersuchungen nicht als Sporozoon anzusehen ist. Vielleicht gehört der Erreger in die Gruppe der Fungi und ist den Chytridinaeen verwandt, möglicherweise handelt es sich aber auch um Zellprodukte, wie man sie bei gewissen ultramikroskopischen Virusarten findet. *Emmerich* (Kiel).

Sartorelli, Emilio: Grave sindrome cerebrale da elmintiasi troncata con la puntura lombare. (Schweres cerebrales Syndrom bei Helminthiasis, coupiert durch Lumbalpunktion.) Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **44**, Nr. 51, S. 1203—1205. 1925.

In Italien mehren sich in letzter Zeit schwere Erscheinungen infolge von Helminthiasis (besonders von Askariden), z. B. Durchwanderung ins Cavum peritoneale, Verstopfung von kleineren Kommunikationen (Gallengänge usw.) und von ganzen Dünndarmschlingen durch Parasiten, ferner Anämie, verschiedene toxische Erkrankungen des Zentralnervensystems (Konvulsionen, epileptische Anfälle, Tetanie, Hemiplegie, choreatisch-athetotische Erscheinungen, Meningismen und Meningitiden). Prognose meist günstig bei Anwendung entsprechender Wurmmittel, doch kamen Todesfälle vor.

Verf. berichtet über ein 3jähriges Mädchen. Patientin erkrankte mit klonisch-tonischen Krämpfen des rechten Gesichtes und rechten Armes, ferner Blässe, subfebrile Temperatur,

Digitized by Google

Knöchelödem, excessive Druckempfindlichkeit des Bauches; außerdem leichte Anisokorie und träge Pupillenreaktionen. Trotz erfolgreicher Anwendung von Wurmmitteln Verschlechterung, schließlich komplette schlaffe rechte Hemiplegie und Erlöschen der Patellar- und Plantarreflexe. Die ganze Zeit Polyurie und Inkontinenz. Nach Ablassen von 5 ccm Liquor in 24 Stunden vollständige Heilung. Liquor normal (anscheinend nur Sediment untersucht. Ref.), normaler Druck. Mit Rücksicht auf den letzteren Umstand führt Verf. die Erscheinungen auf die Wirkung von Toxinen zurück, die auch nach der Entfernung der Würmer im Liquor zurückgeblieben waren und durch die Punktion eine Verminderung erfuhren. *Josef Wilder* (Wien).

Hirnblutung, Hemiplegie, Arteriosklerose, Encephalomalacie:

Rosenblath: Einige Bemerkungen zur Frage der Entstehung des Schlaganfalls. (*Landkrankenh., Kassel.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **259**, H. 1, S. 261—268. 1926.

Rosenblath setzt sich mit H. Lindemann und Westphal auseinander, die in neuester Zeit in Nachprüfung der originellen Auffassung R.s von der Entstehung des Schlaganfalls zwar ebenfalls zu einer Ablehnung einer Ruptur einer größeren Arterie gekommen waren, aber im Gegensatz zu der Annahme R.s von einem fermentativen Prozeß teils eine Arteriosklerose kleinster Gefäße, teils einen angiospastischen Insult als Ursache der Blutung angesprochen hatten. R. zeigt besonders an dem Fall eines 21jährigen Nierenkranken mit perakut eingetretener Ponsblutung bei außerhalb der Brücke völlig intakten Hirngefäßen, daß eine Gefäßerkrankung nicht in Frage kommen kann. Die Auffassung, daß das Nervengewebe durch die Blutung mechanisch zertrümmert werde, ist nach Achsenzylinderpräparaten R.s nicht haltbar, in denen er an den meisten Stellen völlige Nekrose des Gewebes feststellen konnte. Er sah auch kleine Nekrosen ganz unabhängig von Blutungen. Ein Gefäßkrampf scheint R., von anderen Gründen abgesehen, deshalb unannehmbar, weil man sich nicht vorstellen könne, daß durch einen solchen nicht nur das von den Gefäßen versorgte Gewebe, sondern auch diese selbst spurloser Vernichtung anheimfallen. *F. Wohlwill* (Hamburg).

Packard, Maurice, and Edwin G. Zabriskie: Basal cerebral hemorrhages. (Basale Hirnblutungen.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 21, S. 1633—1637. 1925.

Bericht über 4 Fälle von basalen Hirnblutungen, die intra vitam als solche diagnostiziert wurden. In allen Fällen handelte es sich um männliche Individuen. Während sonst Syphilis als häufigste Ursache angesehen wird, war sie unter diesen 4 Fällen nur einmal nachweisbar. Eine prädisponierende Rolle spielen neben der Arteriosklerose besonders chronische Nephritis, Gicht und Bleiintoxikation; bei jüngeren Leuten kommt auch eine Embolie nach Endokarditis in Betracht. Traumen scheint bei der Entstehung von Aneurysmen insofern eine gewisse Bedeutung zuzukommen, als die Hirngefäße im Gegensatz zu den Arterien der Extremitäten dünne Wandungen mit geringen elastischen Elementen haben. Die basale Hirnblutung tritt gewöhnlich apoplektiform auf, zeigt aber mitunter charakteristische Prodromalerscheinungen (intensive Kopfschmerzen, Bewußtseinstrübung, Lähmungen einzelner Hirnnerven, Nackensteifigkeit, Kernig, bluthaltigen Liquor). Die durch Blutextravasate bedingten meningealen Reizerscheinungen täuschen gelegentlich eine Meningitis vor. Bei der Autopsie fand sich in 2 Fällen eine Ruptur der Art. basilaris, einmal eine Blutung aus der Art. vertebralis und einmal ein Aneurysma der Art. cerebri media. Aussprache: Edwin G. Zabriskie: Ich möchte auf ein interessantes Phänomen aufmerksam machen, für das wir keine rechte Erklärung haben, nämlich auf das völlige Fehlen der Achillesreflexe in 2 von unseren 4 Fällen (wahrscheinlich durch die Drucksteigerung in der Schädel-Rückgratshöhle bedingt. Ref.). *Taterka.*

Pilez, Alexander: Über einen ungewöhnlichen Fall von Ventrikelblutung bei angeborener Hypoplasie des Arteriensystems. Wien. med. Wochenschr. Jg. **76**, Nr. 3, S. 105—106. 1926.

30jährige Frau. Als Kind sehr blutarm. Seit 2 Tagen leichte Kopfschmerzen. Dann plötzlich bewußtlos, Erbrechen, epileptischer Anfall, Lähmung des linken Armes und Facialis, leichte Sprachbehinderung. Dann tonischer Streckkrampf im gelähmten linken Arme, dann auch in den rechtsseitigen Gliedmaßen. Tiefes Koma, rechte Pupille maximal weit, beide Pupillen absolut starr, Cornealreflexe fehlen, Nackenstarre, alle 4 Extremitäten in tonischer Starre, spontaner Babinski. Dann schlaffe Lähmungen; sanguinolenter Liquor. Exitus. Autopsie: 1. Ausgedehnte Blutung im rechten Stirnlappen mit Durchbruch in die Ventrikel und geringer submeningealer Blutung an der Konvexität des rechten Stirnlappens. 2. Außerordentlich enges und elastisches, dünnwandiges Gefäßsystem, besonders eng ist die Aorta. Herz auffallend klein. 3. Keine Thymus, keine Vergrößerung des lymphatischen Apparates,

Digitized by Google

kein Milztumor, Nieren zeigen mäßige Arteriosklerose. Unerklärlich ist, daß Patientin mit ihrer angeborenen hochgradigen Hypoplasie des Arteriensystemes zweimalige Geburt und sportliche Inanspruchnahme des Gefäßsystems ungestraft überstehen konnte, während die plötzliche, zur tödlichen Blutung führende Zerreißung eines Gefäßästchens ohne nachweisbare augenblickliche Gelegenheitsursache erfolgt war. *Kurt Mendel.*

Gammeltoft, S. A.: Ein Fall von Hirnblutung bei Eklampsie. (*Rigshosp., København.*) Hospitalstidende Jg. 68, Nr. 45, S. 1025—1032 u. Nr. 46, S. 1033—1039. 1925. (Dänisch.)

Unter 42 577 Wöchnerinnen aus den beiden größten obstetrischen Kliniken in Kopenhagen in der Zeit 1900—1923 litten 422 (1%) an Eklampsie. Darunter starben 53 (12,5%). In 24 Fällen mit Gehirnsektionen fanden sich in 9 größere Blutungen im Gehirn, in 4 entweder Gehirnödem oder kleinere meningeale Blutungen ohne klinische Bedeutung. 10 Krankengeschichten werden mitgeteilt. Im allgemeinen kommen die Blutungen bei Patienten nach 30 Jahren vor und in den späteren Monaten der Schwangerschaft. In den Fällen mit den großen cerebralen Blutungen kommen diese im allgemeinen schon im Anschluß an den ersten Eklampsieanfall vor. Erhöhter Blutdruck spielt für ihr Zustandekommen sicher eine große Rolle. Der Wert wiederholter Blutdruckmessungen während der Schwangerschaft wird betont. Aderlaß wird bei höheren Blutdrucksteigerungen gegen die Gefahr cerebraler Blutungen prophylaktisch empfohlen. *Ingvar* (Lund).

Borremans: Foyers de ramollissement limités aux ganglions de la base du cerveau. (Umschriebene Erweichungsherde in den Ganglien der Hirnbasis.) Journ. de neurol. et de psychiatrie Jg. 25, Nr. 5, S. 310—316. 1925.

Bei dem 28jährigen Patienten entwickelt sich im Laufe von 2 Jahren nach einer fieberhaften Erkrankung mit nachfolgender Schlafsucht das Bild eines ausgesprochenen Parkinsonismus. Die Autopsie ergibt atheromatöse Veränderungen an den basalen Hirnarterien, arteriitische Prozesse an den feineren Gefäßen, doppelseitige Erweichungen im Caudatum und Putamen, eine ebensolche im Corpus Luysii links, erheblichen Zellausfall in der Substantia nigra, einige ganz kleine frische Blutungen in der Brücke und der Medulla oblongata. Als Ursache des Prozesses wird eine Encephalitis epidemica angenommen. *Hans Strauss.*

Cerebrale Kinderlähmung, Littlesche Krankheit:

De Capite, Antonio: Le paralisi cerebrali nell'infanzia. (Die cerebralen Kinderlähmungen.) (*Istit. di clin. pediatr., univ., Napoli.*) Pediatria, arch. Bd. 1, H. 2/3, S. 125 bis 329. 1925.

Monographische Darstellung mit sorgfältiger Berücksichtigung der gesamten Literatur. Das eigene Material des Autors besteht aus 172 Fällen.

Davon sind 56 Fälle von kongenitaler spastischer Starre (Littlesche Lähmung). Was die Ätiologie anbelangt, so ist bei 22 von diesen 56 Fällen schwere Geburt angeführt; 5 von ihnen waren Zangengeburten, in dreien wurde die Wendung auf den Fuß vollzogen. 2 Kinder kamen asphyktisch auf die Welt. 18 Fälle (32%) waren Frühgeburten, 4 mal lag Blutsverwandtschaft der Eltern vor, 31 mal (55,3%) hereditäre Lues, in 12,4% familiäre Neuropathie, in 8,9% Alkoholismus, in 3,5% Tuberkulose der Eltern. Die genannten ätiologischen Momente fanden sich in verschiedenen Kombinationen bei vielen Fällen mehrfach vor. Die Starre betraf in der großen Mehrzahl der Fälle vorwiegend die unteren Extremitäten. In 6 Fällen traten die Erscheinungen anscheinend erst 6 Monate bis 2 Jahre post partum auf. Krämpfe fanden sich in 41%, choreatische und athetotische Bewegungen in 4 Fällen, Strabismus in 21,4%, häufiger als Nystagmus. In 10 Fällen war die Intelligenz ungestört, in 31 bestanden mäßige, in 10 schwere psychische Ausfallserscheinungen. Als Nebenbefund ergab sich in je einem Fall angeborenes Vitium, Kryptorchismus und Myxödem. — Der Autor betrachtet die Littlesche Starre nicht als eine nosologische Einheit, sondern als symptomatologischen Ausdruck des Krankheitsbildes der cerebralen Kinderlähmung. — 92 Fälle von cerebraler Hemiplegie. Sie stellen 53,1% des gesamten Materials dar. 23 sind rechtsseitig, 38 linksseitig. 17 sind kongenital, 28 im 1. Lebensjahr, 22 im 2., 15 im 3., 6 im 4., 2 im 5., je 1 im 6. und 8. Lebensjahr erkrankt. 11 mal lag schwere Geburt oder Asphyxie, 4 mal Zangengeburt, 7 mal Frühgeburt vor. In 44 Fällen (47,8%) bestand Heredolues, in 5 Fällen schienen Beziehungen zu Tuberkulose zu bestehen, 9 mal zu Alkoholismus, 7 mal zu Neuropathie der Eltern. 4 Patienten stammten von blutsverwandten Eltern. 8 mal bestand Mikrocephalie, 3 mal Hydrocephalie. In 14 Fällen schloß sich die cerebrale Läsion an Infektionskrankheiten an (Masern, Keuchhusten, Typhus, Encephalitis lethargica [1 Fall], cerebrale Poliomyelitis [2 Fälle]). In je einem Fall war die Gehirnaffektion auf otitische Erkrankung und auf Alkoholintoxikation zurückzuführen. In

Digitized by Google

19 Fällen war überhaupt keine Ätiologie zu finden. Konvulsionen traten in 30 Fällen lange Zeit nach der Geburt auf und gingen der Erkrankung voraus oder begleiteten sie; in 10 Fällen zeigten sie sich gleich nach der Geburt. Tremores fanden sich 7 mal, Hemichorea 6 mal, Hemithatetose 4 mal, halbseitige choreatisch-athetotische Bewegungen 2 mal. 47 mal war der Facialis der einen Seite, 5 mal der Hypoglossus beteiligt. Auch hier ist Strabismus häufiger als Nystagmus. In 17 Fällen bestand Dysarthrie, in 6 Aphasie, in 5 Fällen daneben Schwerhörigkeit. Psychisch waren 27 Kinder normal, 17 zurückgeblieben, 11 schwachsinnig. 19 mal fanden sich Muskelatrophien, 1 mal Kryptorchismus, 1 mal Fehlen des weichen Gaumens. In 18 Fällen bestanden Zeichen von Rachitis, in einem Fall endokrine Dysfunktion (mongoloide Idiotie). 9 mal bestand neben der Hemiplegie noch Hypertonie oder Parese einer dritten Extremität. — 18 Fälle von cerebraler Diplegie (Hemiplegia duplex) machen 10,4% des gesamten Materials aus. Von der Littleschen Starre unterscheiden sich diese Fälle durch das Überwiegen der Lähmung über die Hypertonie, die häufigere Beteiligung der Hirnnerven und das stärkere Hervortreten psychischer Störungen (in 83,3%). Hier spielen schwere Geburt mit Asphyxie (27,7%), Forceps (5,5%) und Frühgeburt (1,5%) eine wesentliche ätiologische Rolle. Die kongenitalen Fälle überwiegen bei weitem über die erworbenen. Letztere sind fast alle im ersten Lebensjahr erkrankt. Neuropathie der Eltern spielt in 16,6%, Heredolues in 50% eine Rolle. Ein Fall hatte familiären Charakter. Mikrocephalie bestand in 16,6%, Hydrocephalie in 5,5%, Strabismus in 38,8%, Nystagmus in 16,6%. In 3 Fällen bestanden Störungen des Sehapparates. — Es folgt je 1 Fall von Pseudobulbärparalyse und Athetose double. 3 Fälle von Chorea duplex, 1 Fall der atonisch-astatischen Form. *Erwin Wexberg* (Wien).

Linsenkernerkrankungen, Dyskinesien:

Cardillo, Furio: A proposito di un caso di lesione bilaterale dei nuclei lenticolari decorso senza alcun sintoma. (Doppelseitige Linsenkernschädiguug ohne klinische Symptome.) (*Istit. sanit. Rossi, Milano.*) Riv. di patol. nerv. e ment. Bd. **30**, H. 6, S. 465—471. 1925.

Bei einer 74jährigen Frau mit vorübergehender Paraphasie Wortamnesie, Alexie und folgenden progressiven psychischen Störungen (Depression, Demenz) ohne Erscheinungen von seiten des Linsenkerns fanden sich neben einer Erweichung in der linken dritten Temporalwindung und diffuser Arteriosklerose zwei symmetrische bilaterale Herde in den Linsenkernen, die besonders das vordere Drittel einnahmen. Die psychische Störung wird durch die diffuse Hirngefäßerkrankung begründet. Die Herde im Putamen haben zur Entstehung der Sprachstörung keine Beziehung; nach Mingazzinis Auffassung müßten durch sie die Sprachbahnen unterbrochen sein, was hier nicht der Fall war; und die Ansicht von Mingazzinis Regio supraepraelenticularis mit ihrer Verbindung zum Cortex konnte durch diesen Fall nicht bestätigt werden. Eine bilaterale Zerstörung des Nucleus caudatus braucht die Sprache nicht zu stören oder zu beeinflussen. Die Integritität der Mingazzinischen Linsenkernzone ist für die motorische Sprachbildung nicht nötig. Auch braucht eine bilaterale Läsion des vorderen Drittels des Linsenkerns keinerlei Linsenkernsymptome zu verursachen. *S. Kalischer* (Schlachtensee-Berlin).

Brückner: Über doppelseitige fortschreitende Degeneration des Linsenkerns (Morbus Wilson). (*Kinderheilanst., Dresden.*) Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. **110**, 3. Folge: Bd. **60**, H. 5/6, S. 284—296. 1925.

Mitteilung dreier Fälle von Wilsonscher Krankheit mit autoptisch festgestellter großknotiger Lebercirrhose (einmal nur fettige Infiltration und interstitielle Rundzellenanhäufung) und doppelseitiger Linsenkernerkrankung (einmal Erweichung, in den beiden anderen Fällen „Schrumpfung") ohne histologischen Gehirnbefund. In dem ersten Fall bestanden zunächst im 10. Lebensjahr Blässe und Mattigkeit, später Knöchelödeme, dann 4 Jahre lang ein Milztumor, Hypoglobinämie und Leukopenie mit relativer Lymphocytose. Nach operativer Entfernung der Milz Besserung, bei der Operation Feststellung einer Lebercirrhose ohne Ascites. Dann erst Entwicklung nervöser Symptome: zunächst verminderter Bewegungsantrieb, dann neben einer Hungerostheopathie mit Spontanfrakturen Ausbildung des typischen extrapyramidalen Syndroms. Im dritten Fall war der Beginn der Erkrankung mit hysteriformen psychischen Erscheinungen, zeitweiliger totaler Anästhesie im Anschluß an einen psychischen Insult bemerkenswert. Der zweite Fall scheint dem Ref. zweifelhaft, da Nystagmus, „Ablassung der Papillen", bei sonst typischen Symptomen bestanden und die Autopsie nur eine „entzündliche Fettleber" ergab. Die Beobachtung, daß im ersten Fall die Lebererkrankung den neurologischen Symptomen vorausging, spricht nach Ansicht des Verf. dafür, daß bei der Wilsonschen Krankheit zunächst die Leber und auf dem Umweg über diese das Gehirn geschädigt wird. *W. Runge* (Kiel).

Leiri, F.: Pallidumsyndrom. Finska läkaresällskapets handl. Bd. **67**, Nr. 3, S. 215 bis 237. 1925. (Schwedisch.)

Nach einer kurzgefaßten allgemeinen Übersicht unserer physiologischen Kenntnisse der Körperbewegungen, versucht Verf., die von ihm früher aufgestellte Hypothese, daß das Kleinhirn bei der Muskeltätigkeit eine generelle Funktion hat, die Antagonisten

Digitized by Google

zu innervieren, mit der Foersterschen Annahme zu vereinigen, daß das Pallidumsyndrom ein Ausdruck einer ungehemmten Kleinhirnfunktion sein sollte. Die Tatsache, daß bei der Parkinsonschen Krankheit die Contracturen vorzugsweise in den Beugern der Extremitäten vorkommen, stützt die Auffassung von der cerebellaren Genese dieses Syndroms. Verf. hat nämlich früher es als wahrscheinlich ausgesprochen, daß das Kleinhirn hauptsächlich die Beuger innerviert. Die Bewegungsarmut, die Langsamkeit der Bewegungen usw. kann auch als ein Symptom einer cerebellaren Hemmung der Antagonisten betrachtet werden. In den Körperteilen, wo der Parkinsontremor vorkommt, soll die cerebellare Innervation der A- und Antagonisten gleich sein. In der Weise würde der Tremor bei diesen Zuständen auch als eine ungehemmte Cerebellarinnervation aufgefaßt werden können. Verf. kommt durch weitere Deduktionen zum Schluß, daß das Pallidumsyndrom ein ungehemmtes Cerebellarsyndrom ist. Infolgedessen überlegt er sich, ob bei diesen Krankheiten Operationen am Kleinhirn nicht berechtigt sein könnten. *Ingvar* (Lund).

Beder, W.: Über Torsionsdystonie. Sovremennaja psichonevrologija Jg. **1**, Nr. 2, S. 76—90. 1925. (Russisch.)

An 2 klinisch genau beobachteten Patienten (14jähriger Jüngling und Fräulein) jüdischer Rasse wird das Bild dieser eigenartigen Krankheit eingehend geschildert und in semiotischer Hinsicht rubriziert. Die Torsionsdystonie kommt als idiopathische Krankheitseinheit vor, nahe mit dem Wilson und der Athétose double verwandt und als symptomatische, nach verschiedenen Encephalitiden, speziell der lethargischen entstanden. (Die vom Verf. erwähnten, der Torsionsdystonie verwandten Fälle von doppelseitiger Athetose Higiers und Oppenheims sind nicht aus dem Grunde beachtenswert, daß sie heredofamiliär waren, wie es ab und zu vom Torsionsspasmus berichtet wird, sondern weil sie sich prinzipiell und phänomenologisch wenig von demselben unterscheiden, wie sich Ref. in seiner vergleichenden Schilderung beider Prozesse schon vor vielen Jahren ausdrückte: die Athétose double affiziert meist die distalen Gliedermuskeln, die Torsionsdystonie die proximalen und die Rumpfmuskeln).
Higier (Warschau).

Marotta, Aquiles S.: Deformierende muskuläre Dystonie. Rev. méd. latinoameric. Jg. **10**, Nr. 120, S. 1315—1366. 1925. (Spanisch.)

An der Hand eines jahrelang gründlich beobachteten Falles und unter eingehender Berücksichtigung der inländischen (argentinischen) und ausländischen, auch deutschen Literatur — bedauerlicherweise fehlt aber im Literaturverzeichnisse die grundlegende Arbeit O. Foersters — bespricht Verf. die Symptomatologie, Pathogenese, Differentialdiagnose, Ätiologie und pathologische Anatomie der im Titel genannten Krankheit. Einige Einzelheiten seien erwähnt: Verf. beobachtete bei seinem Kranken, daß die Prädilektionsstellung, d. h. die Körperhaltung, in der der Kranke am wenigsten von seinen unwillkürlichen Bewegungen gequält wird, öfters wechselte. Eine Zeitlang nahm Patient Bauchlage ein, um 2 Monate später zur Rückenlage überzugehen, die wiederum nach einiger Zeit mit ersterer vertauscht wurde. — Bei der Narkose des Kranken beobachtete Verf., daß die während der tiefen Narkose völlig verschwundenen unwillkürlichen Bewegungen beim allmählichen Erwachen in derselben Reihenfolge wieder auftraten, in der sie sich im Verlauf der Krankheit herausgebildet hatten. Verf. hält die Möglichkeit für vorliegend, daß man bei solchen Kranken durch die Narkose den Verlauf ihres Leidens reproduzieren könne. — Für die Behandlung schlägt Verf. nach günstigen Erfahrungen bei der Chorea minor einen Versuch mit intralumbalen Einspritzungen von Magnesiumsulfat (0,25 auf 1,0 Aq. dest.) vor. *Reich* (Breslau).

Tripi, Gabriele: Contributo clinico allo studio dell'atetosi. (Klinischer Beitrag zum Studium der Athetose.) (*Manicomio, Palermo.*) Pisani Bd. **45**, H. 1, S. 17—41. 1925.

Krankengeschichte eines Falles von angeborener generalisierter Athetose, in den ersten Lebensmonaten mit epileptischen Anfällen einhergehend. Beachtenswert erscheint Ref. die Tatsache, daß eine Schwester des Kranken an Dementia praecox, ein Bruder an einer unklaren, in einzelnen Anfällen verlaufenden Geisteskrankheit litt. In der ausführlichen Epikrise keinerlei neue Gesichtspunkte. *Hans Strauss* (Frankfurt a. M.).

De Giacomo, Umberto: Studio clinico e sperimentale sull'atetosi. (Klinische und experimentelle Studie über die Athetose.) (*Clin. d. malatt. nerv. e ment., univ., Palermo.*) Riv. di patol. nerv. e ment. Bd. **29**, H. 9/10, S. 791—823. 1925.

Im Anschluß an 5 klinische Beobachtungen definiert der Verf. die wesentlichen Elemente der Athetose wie folgt: Langsame, spastische, inkoordinierte Bewegungen, die sich auf die gesamte Körpermuskulatur erstrecken, an den oberen Extremitäten

Digitized by Google

stärker als an den unteren, in den distalen Abschnitten stärker als in den proximalen sind; sie lassen in der Ruhe und im Schlaf nach, nehmen bei Willkürbewegungen und bei Erregung zu. Der Muskeltonus ist erhöht, die Muskeln hypertrophisch. Störungen der Sprache und der Augenbewegungen sind auf die Athetose der betreffenden Muskeln zurückzuführen. Die Gefäßreflexe sind verstärkt. Ätiologisch sind 3 von den 5 Fällen auf eine fötale Encephalitis zurückzuführen; die zwei andern stellen cerebrale Kinderlähmungen mit Athetose dar. 3 von den 5 Fällen weisen daneben epileptische Erscheinungen auf. Bei den Fällen von Kinderlähmung ist ein Stillstand der psychischen Entwicklung festzustellen. — Myographische Kurven zeigen die Unterschiede zwischen choreatischen und athetotischen Bewegungen; bei den letzteren läßt sich nach Anschauung des Verf. die Hypertonie als wesentliches Moment aus der Kurve entnehmen. Tierversuche zur experimentellen Erzeugung athetotischer Störungen blieben ohne Ergebnis. — Der Verf. leitet die Athetose von der unregelmäßigen Tonussteigerung der Muskeln oder einzelner Muskelabschnitte her, betrachtet also die athetotische Bewegung als sekundäre Folgeerscheinung der durch Schädigung eines tonushemmenden Zentrums erklärbaren Muskelhypertonie. Die Läsion wäre nach vorliegenden anatomischen Befunden im Linsenkern, vermutlich im Pallidum zu lokalisieren.

Erwin Wexberg (Wien).

Freeman, Walter: The pathology of paralysis agitans. (Die Pathologie der Paralysis agitans.) (*Blackburn laborat., St. Elizabeths hosp., Washington.*) Ann. of clin. med. Bd. 4, Nr. 2, S. 106—116. 1925.

Verf. nimmt zu der Frage der Lokalisation der Paralysis agitans Stellung, indem er zwei Fälle von Parkinsonismus mitteilt, deren einer ein postencephalitischer ist und die allbekannten pathologisch-histologischen Befunde bietet, während es sich im anderen um einen „idiopathischen" Parkinson bei einem 72jährigen handelt, bei dem die histologische Untersuchung neben mäßigen diffusen senilen Veränderungen ebenfalls eine in der Substantia nigra lokalisierte besonders schwere Degeneration mit fast völligem Untergang der pigmentierten Ganglienzellen, Pigmenttransport, Gliawucherung bei nur wenig verändertem Pallidum ergab. „Diese Befunde stützen die Annahme Trétiakoffs, daß die Substantia nigra bei der Paralysis agitans schwer geschädigt ist, und tragen zu dem Beweis bei, daß diese Degeneration die eigentliche Ursache der Krankheit ist." Die Möglichkeit, daß es in anderen Fällen anders sein könnte oder daß eine so umschriebene Lokalisation überhaupt nicht in Betracht kommt, wird nicht erwogen.

Fr. Wohlwill (Hamburg).

Kühl, Walter: Zur Klinik der Paralysis agitans und des Parkinsonismus. (Die klinische Bedeutung des typischen Intervalls zwischen dem Einsetzen der krankmachenden Ursachen und dem Ausbruch des Symptomenbildes.) Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 43, S. 1827—1830. 1925.

Verf. erörtert zunächst die symptomatologischen Unterschiede zwischen der Paralysis agitans, dem Parkinsonismus und der Wilsonschen Krankheit, wobei ihm jedoch einige Unrichtigkeiten unterlaufen (beim Parkinsonismus fehlen Pro- und Retropulsion; der Parkinsonismus entwickelt sich häufig nach einer Infektionskrankheit, „sei es einer Grippe oder auch einer Encephalitis epidemica"; die Wilsonsche Krankheit entwickelt sich „häufig" postencephalitisch!). Die gemeinsame Ätiologie des parkinsonartigen Symptomenkomplexes, unter dem er das Syndrom der Wilsonschen Krankheit und das bei der Encephalitis epidemica versteht, sucht Verf. in einer Toxinwirkung, die am Globus pallidus und Corpus striatum einsetzt. Der Versuch des Körpers, dieser Gifte Herr zu werden, ist die Ursache des klinisch einwandfrei feststehenden Intervalls, das von verschieden langer Dauer sein kann. Dieser Abwehrkampf spielt sich wahrscheinlich in einem (Parathyreoidea) oder mehreren Organen der inneren Sekretion ab. Deshalb muß beim parkinsonartigen Symptomenkomplex dieses Organ durch Zuführung „seiner gefährdeten Hormone" unterstützt werden (Hinweis auf Erfolge durch Homoiotransplantation von Epithelkörperchen), doch ist bei Verankerung der Toxine in den

Digitized by Google

Ganglienzellen des Gehirns bei dem Parkinsonismus ein Erfolg nicht mehr zu erzielen, im Gegensatz zur typischen Paralysis agitans in ihren Frühstadien. Irgendwelche experimentelle oder pathologisch-anatomische Begründungen für seine Theorie bringt Verf. im übrigen nicht. *W. Runge* (Kiel).

Jong, H. de: Über „Aktionstremoren" und Variationen im Zittertypus beim Paralysis agitans-Syndrom. (*Binnen-gasth., Amsterdam.*) Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **70**, 1. Hälfte, Nr. 2, S. 166—173. 1926. (Holländisch.)

Beschreibung an Hand von einigen Kurven der verschiedenen bei P. a. vorkommenden Zitterformen: Ruhetremor, der durch aktive Bewegungen oder andere Reize gehemmt bzw. verstärkt wird, „Aktionstremor", d. h. ein nur bei aktiven Bewegungen auftretender Tremor und schließlich ein periodisch auftretender Tremor. Es ist der vom Verf. besprochene Aktionstremor schon von Lewy beschrieben worden. Auf Grund seiner graphischen Aufzeichnungen kommt Verf. zu der Aussprache, daß das „Intensionszittern" und der „Aktionstremor" scharf voneinander zu trennen sind; er gibt dafür folgende Merkmale an:

Intentionszittern:	Aktionstremor:
1. Lokomotorisch.	1. Statisch und lokomotorisch.
2. Entsteht am Ende einer Bewegung.	2. Durch jede körperliche oder geistige Tätigkeit auszulösen.
3. Große, ungleich große Ausschläge (sog. Wackeln).	3. Regelmäßiger Tremor.
4. Die ganzen Gliedmaßen bewegen sich um eine Gleichgewichtsstellung herum.	4. Vereinzelte Muskelgruppen können zittern.
5. Frequenz (im beschriebenen Fall) 2 pro Sekunde.	5. Frequenz 5—7 pro Sekunde.

Ein Intensionszittern, wie es bei der multiplen Sklerose vorhanden ist, kommt bei P. a. nach dem Verf. nicht vor. *Dusser de Barenne* (Utrecht).

Kückens, Hans: Über Heredofamiliarität bei Paralysis agitans. Zugleich ein Beitrag zum hereditär bedingten Auftreten des Diabetes mellitus bei eineiigen Zwillingen. (*Med. Univ.-Klin., Marburg.*) Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 48, S. 2289—2291. 1925.

Verf. berichtet über eine gründlich untersuchte Familie mit hereditärem Auftreten von Paralysis agitans (4 Fälle in 3 Generationen), jeweils in der 6. Lebensdekade ohne jeden nachweisbaren äußeren Einfluß entstanden. Die Art des Erbganges läßt auf Rezessivität schließen. Außerdem kamen in dieser Familie noch Fälle von Diabetes mellitus vor, darunter waren 2 eineiige Zwillinge. Es ist nicht wahrscheinlich, daß irgendein kausaler Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen besteht. Nur eine allgemeine familiäre konstitutionelle Minderwertigkeit möchte Verf. als gemeinsame Grundlage für die Genese beider Krankheiten annehmen. *H. Hoffmann* (Tübingen).

Berkeley, William N.: Therapeutic uses of parathyroid gland. With some introductory notes on its anatomy and supposed function. (Die therapeutische Verwendung der Nebenschilddrüse. Mit einigen einführenden Bemerkungen über ihre Anatomie und angenommene Funktion.) Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 12, S. 749—752. 1925.

Außer bei der postoperativen und der idiopathischen Tetanie verwendet Verf. Epithelkörperchensubstanz bei der Paralysis agitans. (Er hat 1905, unabhängig von Lundborg, die Hypothese aufgestellt, daß die Paralysis agitans oder wenigstens gewisse Fälle auf einer chronischen Hypofunktion der Parathyreoideae beruhen.) In Hunderten von Fällen haben die Ärzte aller Länder Erfolge von dieser Therapie gesehen, wenn wirklich Nebenschilddrüsensubstanz gegeben wurde. Außer der Substanz verwendet er einen von ihm und Beebe dargestellten Extrakt (alkalische Lösung, mit Essigsäure ausgefällt). Collips Extrakt (Parathormon) ist der Öffentlichkeit noch nicht übergeben. *Erich Guttmann* (München).

Jakoby, Curt: Über vier in Palästina beobachtete Fälle von Chorea gravidarum. Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 51, S. 2897—2905. 1925.

Chorea gravidarum ist in tropischen und subtropischen Ländern äußerst selten. Unter ca. 5500 Geburten von November 1918 bis April 1925 im Bereiche des Rothschild-Hospitals in Jerusalem war kein einziger Fall zu verzeichnen. Um so auffälliger war

Digitized by Google

das Erscheinen von 4 Fällen innerhalb der letzten 5 Monate. Dieselben waren allerdings ungleichartig; der erste ein Rezidiv einer vor 4—5 Jahren überstandenen Chorea bei einem 18jährigen Mädchen im 3. Monate, geborene Litauerin, seit 3 Jahren in Palästina. Leichter Fall, außerhalb der Klinik nach der Entlassung künstliche Fehlgeburt, Heilung nach weiteren 4 Wochen. Die 3 anderen Fälle betreffen Araberinnen, von denen 2, die in der gleichen Straße wohnten, im Zwischenraum von 4 Monaten gegen Ende der normalen Schwangerschaft an klonischen Zuckungen der Bauchmuskulatur und teilweise eines Beines erkrankten nach einem Schlage gegen den Unterleib. Da beide Fälle nach der spontanen Entbindung rasch heilten, der zweite von ihnen auch heftige Schmerzen bei jeder Zuckung hatte, ist wohl der Annahme des Verf., daß es sich hier um hysterische Pseudochorea handelte, beizustimmen. Nur der letzte Fall war ein typisch schwerer: mit 10 Jahren 6 Wochen lange Chorea. Im 8. Monat der zweiten Schwangerschaft nach heftigem Streit mit dem Manne Zuckungen, die sich wenige Tage darauf nach einem Fall im Dunkeln aufs Gesicht stark steigern, mit heftigem, unstillbarem Erbrechen und Temperatursteigerung einhergehen und trotz Kaiserschnittentbindung nach wenigen Tagen zum Tode führen. *H. Haenel.*

Marinesco, G., et I. Nicolesco: Quelques données anatomo-cliniques à propos d'un syndrome cérébello-thalamique par lésion thalamo-hypothalamique. (Einige klinisch-anatomische Angaben über ein cerebello-thalamisches Syndrom durch Läsion des Thalamus und Hypothalamus.) (*Soc. de neurol., Paris, 3. XII. 1925.*) Rev. neurol. **Jg. 32,** Bd. **2,** Nr. 6, S. 775—778. 1925.

50jähr. ♂ Pat. mit Mitralvitium. Klinisch: Intentionstremor der r. oberen und unteren Extremität. Leichte Dysmetrie und Asynergie rechts, keine Gleichgewichtsstörung, kein Nystagmus. Sensibilitätsstörungen für alle Qualitäten rechts mit Aussparung des Gesichts. Keine Schmerzen. Hemiparese r. ohne Pyramidenzeichen. Leichte athetoide Bewegungen der Zehen rechts. Die Sektion ergibt einen Erweichungsherd im Gebiet von Thalamus und Hypothalamus. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Aphasie, Agraphie, Apraxie, Agnosie:

Sanchís Banús, José: Neuer Beitrag zum Studium der Aphasie. (Mit einem Fall von sogenannter reiner Worttaubheit.) Rev. méd. de Barcelona Bd. 4, Nr. 23, S. 471 bis 479. 1925. (Spanisch.)

Der von anderer Seite als reine Worttaubheit vorgestellte Fall erwies sich bei der Untersuchung durch Verf., der sich Heads Terminologie und Anschauungen anschließt, als ein Mischfall (Aphasia mixta nominal-semantica-Head). *Pfister* (Berlin-Lichtenrade).

Pötzl, Otto: Beeinflussung der Hemiplegie eines Aphasikers durch den Sprachunterricht. (*Psychiatr. Klin., dtsch. Univ. Prag.*) Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **Bd. 60,** H. 3/4, S. 145—215. 1926.

Bei einem 52jährigen Manne bestand seit einem apoplektischen Insult im Jahre 1910 eine rechtsseitige Hemiplegie mit starken Spasmen und völliger Bewegungsunfähigkeit des rechten Armes und der rechten Hand, sowie eine Aphasie von scheinbar ausschließlich motorischem Charakter bei gutem Sprachverständnis. Sprachunterricht begann 1913. Patient war sehr musikalisch, konnte jede Melodie richtig singen. Das Nachsprechen war vor dem Unterricht auf eine Verdichtung zwischen A und O beschränkt. Das Schreiben mit der linken Hand war etwas reicher an Reaktionen als das Sprechen; die Vokalzeichen wurden tadellos kopiert, Konsonantenzeichen mit Verdichtungsfehlern, Kopieren von Silben oder Worten war nie möglich. Zunächst wurden durch kurze Zeit Vorübungen durch Schreiben mit der Linken gemacht. Dann gelang es durch Vorsprechen die Verdichtung des A und O zu entmischen. Weiters verwandelte sich sein Wortrest ta-ta-ta-ta in to-to-to-to. Später wurde o-to nachgesprochen, Zigarette als i-a-rrette. Die Vokale wurden immer mehr richtig nachgesprochen, die Konsonanten erst sehr undeutlich, dann immer deutlicher. Nach 1 Jahr des Sprachunterrichtes war das Mitsprechen ganzer Gespräche auf diese Weise möglich. Später stellte sich folgendes Phänomen ein: Wenn dem Kranken nur der Anlaut eines Wortes in der Mundstellung sichtbar gemacht wurde und wenn ihm die richtige Produktion des Wortes gelang, so stellte sich eine ruckförmige Bewegung der rechten Hand ein, die Hand wurde dem Munde genähert. Später änderte sich diese Erscheinung so, daß die ruckförmige Bewegung dann eintrat, wenn das Aussprechen eines Wortes mißlang, sie blieb aus, wenn es gelang. Hierauf wurden Bewegungsübungen und Massage des rechten Armes vorgenommen. Der Erfolg war der, daß Patient mit einem Ruck die Hand noch näher zum Munde bringen konnte, wobei sich der Kopf

Digitized by Google

der Hand stark entgegenbeugte. Gab man dem Kranken eine Orange in die rechte Hand, so trat die eben geschilderte Bewegung ein und es wurden die Lippen zu Rüsselstellung gewulstet. Im weiteren Verlaufe gelang noch eine zweite Art der Greifbewegung; Patient lernte Gegenstände, die vor ihm lagen, mit einer krebsscherenartigen Bewegung zu fassen. Der Tod des Patienten erfolgte plötzlich durch einen neuen apoplektischen Insult. Die Autopsie ergab eine große Erweichung in der linken Hemisphäre durch Thrombose der Art. fossae Sylvii. Die linke Sprachregion war fast völlig zerstört, nur partiell zerstört war die Brocasche Gegend; völlig erhalten war nur der occipitale Teil des unteren Scheitellappens; die rechte Hemisphäre war intakt. Von den Zentralwindungen war die linke Armregion erhalten, wenn auch weitgehend von der Peripherie abgesperrt. Auf diesen letzteren Umstand bezieht Verf. die Wirkung des Sprachunterrichtes auf die Beweglichkeit des rechten Armes.

Die Betrachtungen des Verf. ergeben übereinstimmend eine ziemlich weitgehende, in zahlreichen Einzelheiten konkret faßbare Parallele zwischen den Wirkungen, die im hier beschriebenen Falle dem Wiederaufbau der Sprache zugewendet waren, und den Wirkungen, die in phylogenetischen Zeiträumen zur Selbstdifferenzierung der Sprachregion geführt haben. Die Wirkung des Sprachunterrichts auf die Zentren erscheint an dem hier beschriebenen Falle nicht nur als eine Anregung der vikariierenden Leistung der rechten Hemisphäre, sondern auch als eine besondere Beeinflussung der oben erwähnten Reste der linkshirnigen Sprachregion. Ihr Effekt besteht in einer gesteigerten Fähigkeit der Zentren zur Speicherung spezifischer Erregungen und in einer gesteigerten Undurchlässigkeit für Nebenwege der Erregung; dieser Effekt kann also in seinen zutage getretenen Eigenschaften mit der „Aktivierung des Protoplasmas" (Weichardt) bei Immunkörperwirkung und Proteinkörperbehandlungen einigermaßen verglichen werden. *Sittig* (Prag).

Bianchi, Leonardo: Le syndrome pariétal. Contribution à l'étude d'une variété d'aphasie optique. (Das Parietalsyndrom. Beitrag zum Studium einer Varietät von optischer Aphasie.) Acta oto-laryngol. Bd. 8, H. 3, S. 353—366. 1925.

Im Anschluß an bereits früher und 3 neue, beschriebene Fälle stellt Bianchi das parietale Symptombild (Syndrome pariétal) auf als eine besondere Art der optischen Aphasie. Die Läsion betrifft den linksseitigen unteren Parietallappen, d. h. die Marginalwindungen und den vorderen Teil des Gyrus angularis, und erstreckt sich meist in die Tiefe der weißen Substanz. Sie erzeugt meist 1. eine vorübergehende rechtsseitige Hemiplegie, die nach Tagen und Wochen schwindet und als Diaschisiswirkung anzusehen ist; 2. eine Hemianästhesie wechselnden Grades je nach Beteiligung der aufsteigenden Parietalwirkung; 3. häufig Verlust des stereognostischen Sinnes; 4. Hemianopsie; 5. vorübergehende Worttaubheit im Beginn des Leidens; 6. Alexie oder Wortblindheit. In einigen Fällen, in denen die Läsion subcortical saß und die Rinde des unteren Parietallappens unversehrt war, fehlte die Agraphie neben der Alexie; 7. es findet sich bei den Gebildeten und Vielbelesenen mit einem Wissensschatz durch Lektüre eine Art Demenz, so bei Gelehrten, Rednern. Die Kranken vermissen die Beweglichkeit der Wortbilder und Gedanken; sie können sich die einzelnen Gegenstände der Außenwelt vorstellen, kurze unmittelbare Urteile über diese abgeben; aber sie können keine zusammenhängenden Sätze, Perioden bilden, in denen Namen, Worte, Eigenschaften grammatikalisch und logisch verbunden sind. Bei der Wernickeschen sensoriellen Aphasie mit Läsion des Temporallappens ist die visuelle und taktile Perzeption der Außenwelt normal; das emotionelle und affektive Leben ist wenig betroffen. Das Verhalten und die Haltung dieser Kranken ist eine andere wie die der oben beschriebenen. Es fehlt ihnen die innere Sprache, die Vorstellung der Worte, das nötige Material zur Konstruktion der logischen Sätze. Bei den Parietalverletzungen und Aphasischen erzeugt der Verlust des durch Lektüre Erworbenen eine Art Demenz, die sich kennzeichnet durch Amnesie der Sprache, Unfähigkeit, Sätze zu bilden, Dyslogie, Paralogie, Agrammatismus und auch Paraphasie. Menschen, die viel lesen und schreiben, hängen von ihrem Wissensschatz ab, der in der ersten und zweiten Temporalwindung und in dem unteren Parietallappen angesammelt ist und zur Gedankenbildung notwendig ist. Hier besteht eine aphasische Demenz, eine

Digitized by Google

Amnesie der Worte, eine Hemmung der Gedankenbildung, ein Agrammatismus und eine Dyslogie. Der vordere Teil des Lobulus parietalis inferior ist auch ein Gebiet taktiler Felder, die sich mit den visuellen graphischen vermischen. Die Läsion desselben auf der rechten Seite erzeugt nur Störungen der Hautsensibilität der entgegengesetzten Körperhälfte und mitunter auch Apraxie und Astereognosie; auch Hemiopsie kommt vor bei großer Ausdehnung des rechtsseitigen Herdes, doch nie Störungen der Sprache, des Lesens und der Intelligenz. *S. Kalischer* (Berlin-Schlachtensee).

Hamburger, Franz: Einiges über Hörstummheit bei kleinen Kindern. (*Univ.-Kinderklin., Graz.*) Beitr. z. Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie d. Ohres, d. Nase u. d. Halses Bd. **21**, H. 1/6, S. 32—35. 1924.

Seelische Hemmungen spielen bei hörstummen Kindern eine große Rolle. Oft aber ist es schwer, sie zu erkennen und ebenso, sie zu beseitigen. Hamburger glaubt nach seinen Erfahrungen als Kinderarzt, daß sogar die große Mehrzahl der Fälle von Hörstummheit auf psychischer Hemmung beruhen, und schlägt die Bezeichnung psychomotorische Hörstummheit vor. Gewöhnlich ist diese heilbar, wenn die Kinder entsprechend und zweckmäßig beeinflußt werden und mit anderen Kindern zusammengebracht werden. Am Schluß der Abhandlung wird ein Fall der sehr seltenen echten Seelentaubheit mit völlig mangelndem Wortverständnis mitgeteilt. Die Erkrankung war bei dem 4jährigen Kinde nach einer Hirnblutung während eines Keuchhustens eingetreten und war zuerst als Taubheit verkannt worden. *Theodor S. Flatau* (Berlin). °°

Hirngeschwulst, Hirnabceß:

Budagova, M.: Ein Fall von Hirntumor mit Erscheinungen von epidemischer Encephalitis. Medicinskaja mysl' Bd. **3**, H. 2, S. 27—31. 1925. (Russisch.)

36jähriger Herr erkrankt plötzlich bei 37—38° an Doppeltsehen, intensiven Kopfschmerzen, schwerer Schlaflosigkeit, die darauf in Schläfrigkeit übergeht, Stupor. In der Klinik, wo der Exitus 3 Tage nach dem Eintritt in dieselbe und 3 Wochen nach Beginn der Krankheit eintrat, ließ sich feststellen typische linksseitige Hemiplegie von Pyramidencharakter (Babinski, Rossolimo, Oppenheim), Opisthotonus, Kernig, Bauchmuskelspasmen, rechtsseitiger Tremor, doppelseitige Ptose, Pupillenträgheit, Maskengesicht, Harninkontinenz, Herzschwäche, Stupor. Bei der Autopsie fand sich: Lungenödem, akute Milzhyperplasie, gliöser Tumor rechts an der Schläfenhinterhauptlappengrenze, typisches makro- und mikroskopisches Encephalitisbild mit größeren und kleineren diffusen Blutungen und Ecchymosen.

Verf. erklärt den Fall derart, daß die primäre Hirngeschwulst durch eine hinzugesellte Infektion möglicherweise exacerbierte (!), einem Zerfall verfiel, der seinerseits eine toxische diffuse Encephalitis mit sich brachte. Dem Ref. scheint es viel einfacher zu sein, daß zum symptomenlos verlaufenden intracerebralen Tumor sich ganz zufällig eine letale Encephalitis lethargica hinzugesellte, die, wie es gar nicht selten zu sein pflegt, durch meningeale und hemiparetische Begleiterscheinungen sich auszeichnete. *Higier* (Warschau).

Pavlović, R.: Ein Fall von Polyserositis mit tuberkulösem Tumor im Gehirn. Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. **27**, Nr. 11, S. 603—607. 1925. (Serbo-kroatisch.)

18jähriger Bauernbursche wird wegen Pleuritis und Pericarditis exsudativa aufgenommen. Nervenbefund normal. 10 Tage nach der Aufnahme Peritonitis. Temperatur 38—39°. Nun setzen rindenepileptische Anfälle ein, die, vom linken Arm ausgehend, zunächst auf das linke Bein, dann auf die linke Gesichtshälfte und schließlich auf die rechte Körperhälfte übergreifen. Neben schweren Anfällen mit Bewußtseinsverlust auch lokalisierte Krämpfe am linken Arm und linken Bein, die sich alle Tage einige Male wiederholen. Augenhintergrund normal. Liquor unter hohem Druck, aber sonst normal. Allmählich entwickelt sich linksseitige Hemiparese und Erschwerung der Sprache. Starke Kopfschmerzen. Bei der Operation (5 Monate nach der Aufnahme) findet sich im unteren Drittel der rechten vorderen Zentralwindung ein haselnußgroßer, im Zentrum verkäster Solitärtuberkel, der entfernt wird. Ein ähnlicher Tuberkel etwas tiefer im Mark. Nach der Operation einige Monate anfallfrei, ohne Kopfschmerzen, erholt sich körperlich. Dann wieder schwere Anfälle, starke Kopfschmerzen, Erbrechen. Patient wird immer apathischer. Incontinentia alvi et urinae. Erblindet. Decubitus. Exitus 6 Monate nach der Operation. Sectio: Basale Meningitis, zahlreiche Tuberkel im Gehirn, namentlich in der rechten Hemisphäre. Hirnödem. Perikarditis. Pleuritis. *A. Šerko.*

Digitized by Google

Filimonov, I.: Über primäre und sekundäre Carcinomatosis des Zentralnervensystems. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 547—554. 1925. (Russisch.)

Klinisch nicht diagnostizierbarer Tumor der psychomotorischen Region, der sich als typisches cystöses Adenocarcinom erwies, das unzweifelhaft nichts mit den primären Peri- oder Endotheliomen des Hirns gemeinsam hat. Primäre Krebse der Hirnsubstanz sind Raritäten und gehen in der Regel von drei Stellen aus: von der Hypophyse, vom Ventrikelependym und vom Chorioidalplexus. Bei Filimonoff trägt er sämtliche Eigenschaften eines metastatischen, unbeachtet dessen, daß er ausnahmsweise vereinzelt, nicht multipel ist und daß der Ausgangspunkt trotz genauer makroskopischer Autopsie nicht aufgefunden werden konnte. *Higier.*

Melkersson, Ernst: Zwei Fälle von verkalktem Hirntumor mit relativer Heilung. (*Serafimerlas., Stockholm.*) Hygiea Bd. 87, H. 22, S. 817—829. 1925. (Schwedisch.)

In beiden Fällen haben Röntgenaufnahmen intrakranielle Kalkschatten gezeigt. In dem einen Falle wurde der Schatten im Tentorium gefunden, ohne daß es entschieden werden konnte, ob von einem Psammon oder tuberkulösen Prozeß herrührend. In dem anderen gab es zentral in der Schädelhöhle, etwa 2,5 cm rechts von der Mittellinie, einen 2,5 cm großen Schatten, der wie ein Solitärtuberkel aussah. Klinisch wurde dieser Fall als eine chronische tuberkulöse Encephalomeningitis gedeutet. *Ingvar* (Lund, Schweden).

Kakeshita, Tamao: Zur Pathologie der Hirn-Cholesteatome. Arb. a. d. neurol. Inst. d. Wiener Univ. Bd. 27, H. 2/3, S. 327—337. 1925.

In der Erklärung der Cholesteatome des Gehirns haben sich die meisten Forscher der Ansicht Bostroems angeschlossen, der diese Tumoren als Epidermoide betrachtet. Verf. hebt hervor, daß diese Auffassung keineswegs für alle Cholesteatome passe, z. B. nicht für die bekannten Plexuscholesteatome beim Pferd, die nach Joest als entzündliche Tumoren mit Pseudoxanthomzellen anzusehen sind. Sie trifft aber auch nicht zu für zwei vom Verf. genauer studierte Fälle der Sammlung des Wiener neurologischen Instituts. In beiden Fällen finden sich keinerlei typische Epidermiselemente: Intercellularbrücken und Keratohyalinhörner fehlen. Im ersten Fall geht das aus arachnoidealendothelartigen Elementen bestehende Geschwulstmatrixgewebe ganz allmählich in die typischen Cholesteatomstrukturen über. Der zweite Tumor wächst aus der Dura heraus, hat einen pseudoalveolären, ganz typischen Duraendotheliomen gleichenden Bau; dieser Abschnitt ist ziemlich scharf von dem eigentlichen Cholesteatomgewebe getrennt. Doch erscheint ein zufälliges Zusammentreffen ausgeschlossen. In beiden Fällen ist es zu umfangreichen Lipoideinlagerungen in die Tumorelemente gekommen, z. T. unter Zerfall der letzteren. In den eigentlichen Cholesteatommassen dagegen besteht echte Verhornung. Wie diese in nicht-epithelialen Gebilden zustande kommt, vermag Verf. nicht zu sagen. Jedenfalls glaubt er sich berechtigt, derartige Fälle von den „idiopathischen" Cholesteatomen als symptomatische abzutrennen. Bei letzteren ist die cholesteatomatöse Komponente etwas accidentelles, etwa wie die Psammonkörper bei anderen Endotheliomen. Man könnte hier von Cholesteato-Endotheliomen sprechen. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Bailey, Percival: Quelques nouvelles observations de tumeurs épendymaires. (Einige neue Beobachtungen über Ependym-Tumoren.) (*Clin. neuro-chir. du prof. Harvey Cushing, Boston.*) Ann. d'anat. pathol. méd.-chir. Bd. 2, Nr. 6, S. 481—512. 1925.

Verf. hat bereits früher aus der Cushingschen Klinik 6 Fälle von Ependymtumoren mitgeteilt; er fügt diesen Beobachtungen 9 neue hinzu. Er berechnet ihre Häufigkeit auf 3,7% von 400 sichergestellten Gliomen oder auf 1,5% unter 1000 intrakraniellen Tumoren. Auf die mitgeteilten, z. T. sehr interessanten Krankengeschichten geht Verf. nicht ein; er legt das Hauptgewicht auf die histologischen Befunde. Die Tumoren setzen sich aus polygonalen, wohl abgegrenzten Zellen mit grob granuliertem Protoplasma zusammen, die in Reihen angeordnet sind. Sie haben einen großen, bläschenförmigen Kern. Zwischen den Zellen finden sich Fasern, die sich nach den Gliamethoden färben. Praktisch in allen Zellen sieht man eine helle Zone, in der sich 2—12 Körperchen finden, die sich bei Gliafaserfärbungen intensiv färben und bald rund sind, bald die Form kleiner Stäbchen haben. Diese Körperchen werden als Blepharo-

Digitized by Google

blasten gedeutet, wie sie für die Ependymzellen so charakteristisch sind. Der Verf. teilt die Tumoren nach dem histologischen Befund in 2 Gruppen ein: In den Ependymblastomen (Ependym-Gliomen) sind die Zellen länglich und haben Fortsätze, die um Gefäßlumina so angeordnet sind, daß sie um diese herum charakteristische, kernfreie Höfe bilden. Die Ependymome haben polygonale, fortsatzlose Zellen, einen aciniösen Bau, wenig Fasern und Gruppen von Blepharoblasten. Letztere Gruppe sind die gewebsreiferen Tumoren. *Erich Guttmann* (München).

Carpi, Umberto: Glioma della metà destra dell'oblongata invadente il IV ventricolo, il ponte e l'angolo ponto-cerebellare. (Studio clinico e anatomo-patologico). (Über ein den IV. Ventrikel, Pons und Ang. pontocerebellaris ergreifendes rechtes Oblongatagliom.) (*Osp. vic., Lugano e osp. magg., Milano.*) Clin. med. ital. Jg. 55, Nr. 3, S. 210—242. 1924.

Die Symptomatologie der Neubildungen des Pons, der Oblongata, des Kleinhirnbrückenwinkels, ist oft nicht klar und durch Diaschisiserscheinungen getrübt, so auch im folgenden Falle, in welchem aber eine feine Analyse der Erscheinungen eine richtige Diagnose zu stellen erleichterte.

Krankengeschichte: E. B., 6jähriges Mädchen, Familienanamnese negativ. 3jährig begann Pat. an einem Tic der linken Gesichtsmuskeln zu leiden. Den 25. IX. 1920 Erbrechen und Schwindelanfälle, die sich in den nächsten Tagen wiederholten, besonders bei Seitwärtsbewegungen des Hauptes, und mit Nystagmus einhergingen. Pat. fiel nach rechts. Nach einigen Tagen rechts Parese des VII., der Schlundmuskeln und leichte Sprachstörung. In den nächsten 4 Wochen Besserung der Symptome, doch mit Hervortreten leichter Störungen der feinen Bewegungen der rechten Hand und Krämpfen des rechten Beines. In der Klinik wurde festgestellt: Rechts: Exophthalmus, Abducensparese, rotatorischer Nystagmus, sowohl beim Blick wie beim Drehen des Kopfes nach rechts, wobei Schwindel auftritt. VII Parese. Zunge nach links abweichend, Gaumen rechts paretisch und in der Phonation nach links abweichend. Rechtsseitige Parese und Ataxie der Glieder, rechts Adiadochokinese. Tiefe Reflexe rechts stärker als links. Kein Babinski. Auf der rechten Gesichtshälfte Hypaesthesie und Thermoanalgesie. Ageusie rechts (vordere $^2/_3$ der Zunge). Corneal- und Conjunctivalreflex rechts fehlend; keine Stauungspapille; Perkussion des Schädels schmerzhaft auf dem rechten Occiput. Im weiteren Krankheitsverlauf: 6. 12. Kopfschmerzen, Erbrechen, rechts Exophthalmus; 8. XII. Hervortreten der Parese und Hypalgesie des rechten Armes. 13. XII. Akzentuierung des rechten Exophthalmus und Zeichen von Keratitis neuroparalytica und Strabismus convergens d.; Parakusien und Hypoakusien. 14. XII. rechts Miosis, links Mydriasis, Blickparalyse gegen rechts; Puls 200; Exitus 15. XII. Die Obduktion ergab: Leichter Hydrocephal. externus, unter der rechten Kleinhirnhemisphäre eine eigroße weiche Neubildung, die von der Oblongata ausgeht und sich im Recessus ponto-cerebellaris und der Vallecula cerebelli, die Oblongata nach links verschiebend und rotierend, ausdehnt. Der rechte N. VI ist dem Tumor einverleibt. VII und VIII gezerrt. Der Pons ist normal, wenn auch vom Tumor nach links verschoben. Der Tumor erreicht den Sulcus bulbo-praetuberantialis, und seine Elemente dringen in die untere Grenze des Tegmens vor. Die rechte Hälfte der Oblongata ist vom Tumor ergriffen, entsprechend ihrer oberen lateralen Seite. Der Tumor ist hühnereigroß, rosig, weich, und verschiebt die Kleinhirnhemisphäre nach oben zurück. Rechts Ödem der Kleinhirnhemisphärensubstanz. Bei Eröffnung des Ventriculus IV sieht man, daß der Tumor in ihn hineinreicht und seine ganze Pars inferior und intermedia einnimmt. Lateralzu ist er auch auf den Recessus lateralis und das Corpus restiforme ausgedehnt. Histologisch handelt es sich um ein Gliosarkom, das rechts die Nuclei der Hinterstränge bis zum Kaudalanteil des Nucl. Goll., den Nucl. dors. nerv. X, den Nucl. triangularis, den Nucl. n. X. und IX und den Nucl. lateralis einnahm. Die Radix ascendens N. V und die Substantia gelatinosa N. V, das Corpus restiforme, der Fasc. spinocerebellaris dorsalis, der Fasc. Gowers, der Fasc. rubrospinalis und spinothalamicus sind entsprechend dem Tumor zerstört. Im Pons sind die N. VII—VI vom Tumor ergriffen, der rechte Ramus vestibularis, cochlearis, das Ganglion ventrale, die Striae acusticae Monakowi, das Corpus restiforme und der Nucleus Deiters sind teilweise ergriffen.

Der gut studierte Fall ist für die Kenntnis der feineren Lokalisationen in Pons und Oblongata interessant. *Enderle* (Rom).

Belikov, O.: Ein Fall von operativer Entfernung eines Kleinhirn-Brückenwinkeltumors. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 870—875. 1925. (Russisch.)

Ein über 1 Jahr sich entwickelnder klassischer Brückenwinkeltumor mit Stauungspapille, Ataxie, Kopfschmerzen und Läsion der V., VI., VII., VIII. Nerven, mit Erfolg nach Krause operiert. Dimension 6 × 4 × 3,5, Umfang 16 × 10. Die objektiven und subjektiven Klagen

Digitized by Google

schwanden allmählich, der fortschreitenden Blindheit konnte jedoch nicht vorgebeugt werden. *Higier* (Warschau).

Lewis, Nolan D. C.: An unusual manifestation of metastatic miliary carcinomatosis of the central nervous system. (Ungewöhnliches Vorkommen metastatischer miliarer Carcinomatose des Zentralnervensystems.) (*Elizabeth hosp., Washington.*) Americ. journ. of psychiatry Bd. 5, Nr. 2, S. 171—187. 1925.

Ein 27jähriger Arbeiter erkrankte plötzlich an Übelkeit, Mattigkeit, Erbrechen, Schläfrigkeit, Reizbarkeit, Anzeichen von Verwirrtheit, geschlechtlicher Übererregbarkeit. Wechsel der Erscheinungen, später Zustand schwerer allgemeiner Erschöpfung. Die neurologische Untersuchung, die infolge Verhaltens des Kranken nur teilweise möglich war, ergab lichtträge Pupillen, Babinski r > l, Dorsalklonus r > l, unverständliche Sprache. Linkes Bein in Hüfte und Knie gestreckt, linker Arm im Ellbogen gebeugt, Steifigkeit in Arm und Bein. 2 Anfälle von Hyperpnoe mit ungewöhnlicher Tiefe, Pulsbeschleunigung, nach dem zweiten Anfall Koma, Exitus. Das eigenartige psychische Verhalten des Pat. ließ zunächst an eine Katatonie denken, die spätere diffuse Ausbreitung sowie auch die Art der neurologischen Symptome an eine epidemische Encephalitis, die zufolge ihrer verschiedenen Erscheinungsformen geeignet ist, andere Krankheitsbilder vorzutäuschen. Die nach den verschiedensten Methoden durchgeführte histologische Untersuchung des Gehirns ergab in der Pia-Arachnoidea, insbesondere in den meningealen Maschen in der Tiefe der Hirnfurchen Ansammlungen von Ca-Zellen, in der Hirnrinde des Frontal-, Schläfen-, Scheitel- und Hinterhauptslappen, in den basalen Ganglien wie auch im Kleinhirn weit verstreute Krebsnester, perivaskuläre Einzellager breiter Epithelzellen von säulenförmiger, kubischer, irregulärer Anordnung, in den verschiedenen Hirnbezirken von verschiedener Stärke und auch verschiedener Art des Bildes; so zeigen z. B. die Schnitte aus der motorischen Rinde ganz ähnliche Bilder wie die aus dem Frontal- und Temporallappen, aber das meningeale Bild ist insofern ein anderes, als die Maschen der Pia-Arachnoidea besonders schwer ergriffen sind und auch festgestellt werden konnte, daß sich einzelne Reihen von Krebszellen entlang der Rindenoberfläche ausbreiten. Ausgenommen von der Einwanderung der Krebszellen sind Balken, Hirnstiele, Vierhügel, Mammillare, Hypophyse und Halsmark (das übrige Rückenmark konnte nicht untersucht werden). — Der Fall beansprucht besonderes Interesse wegen des akuten Beginnes, der psychischen Störung, des ungemein raschen Verlaufes, der weit verstreuten Krebsnester in der Hirnsubstanz, der eigenartigen Anordnung von Zellen sowie wegen des Umstandes, daß ein primärer Herd wie auch Metastasen in den anderen Organen des Körpers nicht gefunden werden konnten; Verf. hält es aber für wahrscheinlich, daß ein primäres Neoplasma der Lunge vorgelegen sein dürfte, das vielleicht eine ähnliche Struktur hatte und bei den groben Schnitten durch dieses Organ dem Auge des Beschauers entgehen konnte. *G. Stiefler* (Linz).

Pierson, J. W.: The localization of brain tumours by ventriculography. (Die Lokalisation von Hirntumoren durch Ventrikulographie.) Journ. of cancer Bd. 2, Nr. 8, S. 22—24. 1925.

Kurze Übersicht über Technik und Ergebnisse der Ventrikulographie ohne neue Gesichtspunkte. Die Brauchbarkeit des Verfahrens zur Lokalisation von Tumoren der stummen Region wird hervorgehoben. *Taterka* (Berlin).

Sachs, Ernest: Various types of pathologic lesions of the central nervous system that are readily amenable to surgical measures. (Verschiedene Typen von chirurgisch heilbaren Läsionen des Zentralnervensystems.) Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 5, S. 1195—1212. 1925.

Fall 1: Dura-Endotheliom an der Mantelkante, einerseits durch den Knochen, andererseits in den Sinus longitudinalis wuchernd. Radikaloperation unter Lokalanästhesie. Nach der Operation verstärkte Lähmung, die auf Zirkulationsstörungen infolge der Resektion des Sinus zurückgeführt wird, sodann langsame Heilung. — Fall 2: Gliomcyste der rechten Kleinhirnhemisphäre, Exstirpation, Heilung. — Fall 3: Papillom des 4. Ventrikels mit cerebellaren Erscheinungen, richtig diagnostiziert und — der erste Fall dieser Art — erfolgreich exstirpiert. Der Kranke ist 4 Jahre nach der Operation durchaus beschwerdefrei. — Fall 4: Ausgedehnter Varix im Wirbelkanal, das Rückenmark von rechts komprimierend. Trotz erfolgreicher Operation war hier mit Rücksicht auf die 10jährige Dauer der Kompression ein weitgehender Erfolg nicht zu erwarten. *Erwin Wexberg* (Wien).

Schönbauer, L.: Zur operativen Technik der Hirntumoren. (Beobachtungen an Cushings Klinik in Boston.) (*I. chir. Univ.-Klin., Wien.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 191, H. 5/6, S. 343—352. 1925.

Cushing verwendet fast ausschließlich Äther und bevorzugt Allgemeinnarkose, der Verbrauch des Narkoticums beträgt oft $2^1/_2$ l. Die Kopfhaut wird nur in beschränktem Umfang rasiert. Bei Kleinhirneingriffen wird Bauchlage, sonst Rücken-

Digitized by Google

lage bevorzugt. Um den Operateur auf dem laufenden zu halten, werden Narkosetafeln geführt, auf denen Puls, Blutdruck, Atemfrequenz, Ätherverbrauch und manches andere kurvenmäßig eingetragen wird. Bei Kleinhirneingriffen T-förmiger Schnitt. Exakte Blutstillung, Naht in 4 Schichten mit Seide. Dauer des Eingriffs meist 4 Stunden. Große Cysten werden punktiert, kleinere excidiert, Akkustikustumoren zerstückelt. Bei allen Eingriffen wird mehr Gewicht auf die Erhaltung des Lebens als auf radikale Entfernung der Geschwülste gelegt. Niemals Drainage, stets einzeitiges Vorgehen. Zur Freilegung des Großhirns wird die Giglische Säge bevorzugt. Auch am Großhirn wird auf radikales Vorgehen verzichtet, falls dadurch das Leben gefährdet werden sollte. Piagefäße werden mit Silberklammern gefaßt. Entlastungsoperationen werden osteoplastisch ausgeführt, suprasellare Geschwülste transfrontal, Hypophysenneubildungen transsphenoidal operiert. Sehr häufig kommen Rezidivoperationen vor.

E. Heymann (Charlottenburg).

Hertle, J., und H. Zingerle: Beitrag zur Klinik und chirurgischen Behandlung von Gehirngeschwülsten. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. **31**, H. 3/4, S. 152—209. 1925.

Bericht über 8 Tumorkranke, von denen 3 Schläfenlappengeschwülste besonderes Interesse beanspruchen. Der Größe der Neubildungen entsprach meist nicht die Deutlichkeit der allgemeinen Hirndrucksymptome. Trotz klarer Herdzeichen kann die Geschwulst abseits liegen. Herdbeweisend sollen Veränderungen am Schädel auf dem Röntgenbild sein. Für Schläfenlappengeschwülste war die Zunahme der Kopfschmerzen bei Drehung nach der Geschwulstseite kennzeichnend. Areflexie der Cornea ist für Geschwülste der hinteren Schädelgrube nicht charakteristisch, sondern wurde bei Neubildungen aller Hirnteile beobachtet. Apoplektiform einsetzende und wieder verschwindende Augenmuskelstörungen in Verbindung mit Halbseitenparesen deuteten auf Sitz der Neubildung im Schläfenlappen hin, ebenso Gehör-, Geruch- und Geschmackstäuschungen. Gelegentlich können Geschwülste dieser Gegend das Bild cerebellarer Neubildungen vortäuschen, jedoch deuten dann hemianopische Gesichtsfeldausfälle, Sinneshalluzinationen, Neuralgien in V,1 auf den richtigen Sitz.

1. Stirnhirntumor, kontralaterale Lähmungen, psychische Störungen. Kein operativer Befund. Besserung des Zustandes nach anfänglicher Verschlechterung, einzelne Störungen wie Krämpfe, Ausfall des rechten Achillessehnenreflexes sowie Parästhesien im linken Trigeminus schwanden nach der Entlastung. 2. Stirnhirntumor. Exophthalmus, mimische Verarmung, striärer Symptomenkomplex, der sich unter dem Bilde der Paralysis agitans auf den rechten Arm beschränkte. Tod nach der ersten Zeit der Trepanation. 3. Operative Entfernung eines rechtsseitigen kinderfaustgroßen Endothelioms aus der Schläfenscheitelgegend. Tod an eitriger Hirnhautentzündung nach 18 Tagen. Die ersten Krankheitszeichen ließen sich 6 Jahre lang zurückverfolgen. Sie bestanden in rechtsseitiger Hemianopsie, Linksparese, statischen Störungen, beiderseits Areflexie der Cornea, beiderseits Abducensparese, rechts Ptosis, rechts sensible Quintusausfälle. Die letzten vier Hirnnerven waren ungestört. Druckempfindlichkeit über der rechten Schläfenscheitelgegend. 4. Tuberkel im rechten mittleren hinteren Schläfenhirn: Symptome einer Kleinhirngeschwulst derselben Seite mit allen typischen, statischen und tonischen Störungen (Schwindel, Hyporeflexie der rechten Cornea, Nystagmus usw.). Nach entlastender Trepanation über dem Kleinhirn besserten sich die Kleinhirnstörungen nicht, doch wurde die Kranke vor der Erblindung bewahrt. 5. Rechtsseitiger Schläfenlappentumor, der gleichfalls einen Kleinhirntumor vorgetäuscht hatte. Beiderseits Pyramidenstörungen, keine Stauungspapille. Herdsymptome deuteten auf cerebellaren Sitz der Geschwulst, es fehlten jedoch Stauungspapille und Nystagmus. Nach Entlastung über dem Kleinhirn schnelle Besserung der Kleinhirnzeichen. Die Entlastung wurde durch häufige postoperative Punktionen unterstützt. 6. Diffuse Geschwulst in der rechten Zentralregion: Partielle Excision, chirurgische Heilung und anhaltende Besserung. Es fehlten alle allgemeinen Druckzeichen, im übrigen bestand eine klare Symptomatologie ohne Stauungspapille. Auffallend war die Areflexie der linken Cornea. 7. Angioma racemosum über der rechten Zentralregion. Tod während der Trepanation. Verlauf unter dem Bilde der Jacksonschen Epilepsie. Hemiparese, Störungen der Tiefensensibilität. Fehlen sämtlicher Gefäßerscheinungen am übrigen Körper. Meningeale Reizerscheinungen, namentlich sehr lebhafte Schmerzempfindlichkeit am ganzen Körper erweckten den Verdacht auf Hirnabsceß, beruhten aber auf multiplen Hämatomen. 8. Kleinhirngliom. Sehr frühzeitig auftretende allgemeine Hirndruckerscheinungen, später klare Herderscheinungen. Operative Entfernung nicht möglich. Tod nach zweitem Eingriff.

E. Heymann (Charlottenburg).

Digitized by Google

Jessen, Haagen: Operierter Fall von Hirngeschwulst. (*St. Josefs Hosp. og Kommunehosp., Aarhus.*) Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 53, S. 1193—1195. 1925. (Dänisch.)

Beschreibung eines Falles von Gehirntumor mit allmählich sich entwickelnder cerebraler Parese des linken Beines, elektiver Parese der linken Schultermuskulatur und deutlicher Störung der Tiefensensibilität des linken Beines. Bei der glücklich verlaufenden Operation wurde ein mandaringroßes Endotheliom aus dem oberen Abschnitt der motorischen Rinde entfernt. *Ingvar* (Lund).

Lévy, Gabrielle: Radiothérapie et radiodiagnostic des tumeurs de l'encéphale. (Röntgentherapie nud Röntgendiagnostik von Hirntumoren.) Rev. neurol. Jg. 32, Bd. 2, Nr. 5, S. 550—576. 1925.

Im ersten Teil dieses Referates werden die durch Röntgenaufnahmen feststellbaren Befunde angeführt, und zwar lediglich solche, die ohne Lufteinblasung usw. feststellbar sind: verstärkte Zeichnung der Hirnwindungen, Verbreiterung der Gefäßschatten, lokale und ausgedehnte Usuren an den platten Schädelknochen und der Sella turcica, die Veränderungen am Felsenbein bei Accusticustumoren und die Kalkeinschlüsse bei Hirntumoren. Die Ventrikulographie Dandys wird leider ganz kurz abgetan als zur Zeit noch nicht spruchreif und noch kürzer die Encephalographie Bingels. — Über die Röntgen- und Radiotherapie der Hirntumoren, mit Ausnahme der Hypophysentumoren, werden die teilweise recht widersprechenden Mitteilungen aus der Literatur angeführt, die im einzelnen im Original nachgelesen werden müssen, und zuletzt auch auf Tierversuche eingegangen, die ihrer Wichtigkeit halber hier wiedergegeben seien.

Danysz (1903) beobachtete bei Mäusen und Kaninchen, denen er Radiumsalz, in Tuben eingeschlossen, auf den Schädel oder das Hirn applizierte, Paresen, Krämpfe und Todesfälle. Je jünger die Versuchstiere waren, um so schwerer wurden sie betroffen. Bei einem großen, ausgewachsenen Kaninchen, dem das Radium nach Trepanation 8 Stunden auf die Dura mater appliziert wurde, trat am dritten Tage ine Hemiplegie auf. Danysz meint, daß von allen tierischen Geweben die Haut und das Nervengewebe für Radium am empfindlichsten sei. Die mikroskopische Untersuchung hatte hauptsächlich Gefäßschädigungen ergeben. Die anderen späteren Autoren übergeht der Verf., weil sie meist voreingenommen an die Frage herangegangen seien. Neuerdings fanden Amerikaner Williamson, Brown und Butler, die einem Hunde direkt auf die motorische und parietotemporale Region des Gehirnes in einer Reihe von Bestrahlungen 50 mg Radiumelement (900 mg-Stunden) applizierten, zunächst keine Schädigungen. Bei der 1 Monat später erfolgten Tötung fanden sie eine zentrale, total nekrotische Zone von einer hämorrhagischen, am Rande entzündlichen Zone umgeben. Höhere Dosen führten den Tod des Tieres herbei. Bei „radium-puncture", Einführung von Radium in das Gehirn selbst, wirkten schon geringere Dosen tödlich. Analoge Resultate hatte Halsey-Bagg bei seinen Versuchen mit Radiumemanation.

Verf. schließt daraus, daß es ein gefährlicher Irrtum sei, das normale Nervengewebe für indifferent zu halten. Die Gefahren der Bestrahlung bestehen hauptsächlich im Auftreten eines cerebralen Ödems und einer dadurch bedingten Zunahme des Hirndruckes, vor dem man das Gehirn gerade schützen will. Verf. beobachtete im Verlauf der Röntgenbestrahlung bei einem Hypophysentumor das Auftreten einer Stauungspapille, die eine Entlastungstrepanation notwendig machte. (Ref. konnte dasselbe zweimal beobachten, einmal bei einem Gliom, bei dem schon nach einer vor der Bestrahlung vorgenommenen Entlastungstrepanation die Stauungspapille zurückgegangen war, das zweite Mal bei einem operativ entfernten Endotheliom, bei dem postoperativ noch eine Bestrahlung vorgenommen worden war.) In seinen Schlußfolgerungen schreibt Verf., daß die Bestrahlungstherapie nicht in Frage käme bei allen operativ entfernbaren Tumoren. Sie sei indiziert bei diffusen Tumoren, bes. bei Gliomen. Bestehen keine Erscheinungen des Hirndruckes, so kann ohne vorhergehende Entlastung vorsichtig bestrahlt werden, im umgekehrten Falle ist es besser, vorher zu entlasten. — Der Wert der Arbeit ist durch ausführliche Literaturangaben erhöht. *Albrecht* (Berlin).

Kleinhirn, Vestibularapparat, hereditäre familiäre Ataxien:

Gehuchten, Paul van: Deux cas de tumeur du cervelet avec abolition des réflexes tendineux. Contribution à l'étude du mécanisme des réflexes tendineux. (2 Fälle von Kleinhirntumor mit Erlöschen der Sehnenreflexe. Beitrag zum Studium des

Digitized by Google

Mechanismus der Sehnenreflexe.) (*Laborat. d'anat. pathol., univ., Bruxelles.*) Journ. de neurol. et de psychiatrie Jg. 25, Nr. 2, S. 81—91. 1925.

Nach Ansicht des Verf. ist der geordnete Ablauf der Sehnenreflexe von mehreren Zentren höherer Region abhängig. Verf. stützt sich dabei auf 2 selbst beobachtete Fälle. In dem einen Fall, der einen 15jährigen Knaben mit allgemeinen Tumorerscheinungen, beiderseitigen cerebellaren Störungen, Nystagmus, Gehör- und Vestibularisschädigung betraf, fehlten sämtliche Sehnenreflexe bei Erhaltensein der Hautreflexe. Autoptisch fand sich ein Tumor im 4. Ventrikel und im zentralen Teil des Kleinhirns, sowie in den Kleinhirnstielen. Im zweiten Fall (30jähriger Mann), bei dem wahrscheinlich ein Tumor in der rechten Kleinhirnhemisphäre bestand, fehlten die Sehnenreflexe rechterseits. Zur Zeit der epileptischen Anfälle, woran dieser Kranke litt, kehrten die Sehnenreflexe wieder, und zwar waren sie gesteigert.

Verf. hält die Raymondsche Hypothese, daß das Fehlen der Sehnenreflexe die Folge einer Degeneration von Rückenmarkswurzeln sei, nicht für richtig. Er interpretiert vielmehr in folgender Weise: der Reflexbogen besteht aus einem zentripetalen und einem zentrifugalen Neuron. Erforderlich zur Auslösung eines Reflexes sind die Vorderhornzellen, die über einen gewissen nervösen Tonus verfügen müssen, damit der Reiz sich in Bewegung umsetzt. Dieser Tonus kommt zustande durch Reize, die von rubro-, vestibulo- und mesencephalospinalen Bahnen ausgehen. In allen bisher beschriebenen Fällen fehlten die Sehnenreflexe, während die Hautreflexe auslösbar waren. Dies ist ein Beweis, daß die Pyramidenbahnen erhalten waren. Das Fehlen der Sehnenreflexe bei Hirntumoren ist deswegen selten, weil eine tiefe Läsion des Mesencephalon meist auch das Py-System lädiert. Die bulbären und mesencephalen Zentren haben eine Reizwirkung, die cortical-motorischen eine hemmende Wirkung. Aus der wechselseitigen Läsion dieser Zentren erklären sich leicht die jeweiligen Reflexstörungen. *Pette* (Hamburg).

Ley, Rodolphe-Albert: Contribution à l'étude des localisations cérébelleuses et du syndrome cérébelleux. (Etude anatomo-clinique.) (Anatomisch-klinischer Beitrag zum Studium der cerebellaren Lokalisationen und des Kleinhirnsyndroms.) (*Hôp. Salpétrière, Paris, et laborat. d'anat. pathol., univ., Bruxelles.*) Arch. internat. de méd. exp. Bd. 2, H. 1, S. 5—70. 1925.

Nach kurzer Literaturübersicht teilt Verf. sein Material, 8 Fälle umfassend, mit: 6 Erweichungen, 1 Cyste und 1 Fall von in späterem Alter manifest gewordener Atrophie. Ausführliche mikroskopische Untersuchung. Verf. meint aussagen zu können, daß die Schwierigkeiten, besonders auch die Diskongruenzen zwischen Klinik und Tierversuch, zum größten Teil verschwinden, wenn man die Läsionen der Hemisphären, des Neocerebellums, scharf von den Läsionen des Wurmes, des Palaeocerebellums, trennt. Die neocerebellaren Läsionen veranlassen nach ihm das klassische Kleinhirnsyndrom, das palaeocerebellare Syndrom sei ein ganz anderes: Spastizität der Streckmuskeln, Opisthotonus und Retropulsion. Verf. faßt seine Ansichten folgendermaßen zusammen: Sein Material gestattet ihm nicht, eine umschriebene Lokalisation in den Kleinhirnhemisphären anzunehmen; die Beziehungen der Kleinhirnläsionen mit den bulbären Oliven seien nicht so enge wie von Holmes und Stewart angegeben worden ist; die Asynergie Babinski sei das konstanteste Kleinhirnphänomen; die Hypotonie kann sehr gering sein oder ganz fehlen, wie z. B. bei den cerebellaren Atrophien; Sprachstörungen und Tremoren sind inkonstante Erscheinungen; das Vorbeizeigen sei auch ein weniger häufig zu beobachtendes Phänomen. Bestimmte Formen von Kleinhirnerkrankung, d. s. also die Erkrankungen des Palaeocerebellums, können mit Hypertonie, selbst mit Spastizität einhergehen. *Dusser de Barenne* (Utrecht).

Nikitin, M.: Sclerosis cerebello-pyramido-intercorticalis, als eine besondere Form der systematischen Erkrankung des Großhirns und Rückenmarks. (*Nervenklin., med. Inst., Leningrad.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 75, H. 4/5, S. 472 bis 489. 1925.

Wenderowič, Eugen: Über Leitungs- und Zellveränderungen der Hemisphären bei Sclerosis cerebello-pyramido-intercorticalis und über interstitielles sphärisches Fett im

Digitized by Google

Zentralnervensystem. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 75, H. 4/5, S. 490 bis 549. 1925.

Diese beiden Arbeiten gehören nicht nur zusammen, sondern behandeln auch denselben Fall, dessen anatomische Bearbeitung vom Lendenmark bis zum Mittelhirn von Nikitin, weiter oral von Wenderowič übernommen wurde. Ein Grund für diese Auseinanderreißung ist nicht recht ersichtlich. Es handelt sich um den Fall einer eigenartigen Systemerkrankung, dessen klinisches Bild sich aus cerebellaren und psychischen Symptomen (Gedächtnisabnahme, Verlangsamung und Schwächung der geistigen Prozesse sowie Sprachstörungen) zusammengesetzt hatte. Auf Pyramidenbahnläsion war höchstens das Wiedererscheinen schon verschwundener Sehnenreflexe zu beziehen gewesen. Die Krankheit hatte sich anscheinend im Anschluß an eine fieberhafte Affektion herausgebildet und hatte in progressivem Verlauf innerhalb eines Jahres zum Tode geführt. Eine bestimmte klinische Diagnose wurde nicht gestellt. Gehirn und Rückenmark zeigten makroskopisch keine Veränderungen. Die histologische Untersuchung wurde ausschließlich nach Marchi-Busch vorgenommen, wobei W. sich beschwert, daß die von ihm vor 15 Jahren angegebene Methode der nach Marchi-Busch behandelten Schnittserien durch das ganze Gehirn noch keine anderweitige Anwendung gefunden habe. Der Aufwand von 125—150 Dollars pro Fall (! Ref.) dürfte nach Ansicht W.s wenigstens in einigen Ländern bei der Bedeutung der Methode kein Hindernis sein. Es fanden sich im vorliegenden Fall in den Marchi-Präparaten in folgenden Bahnen Degenerationen: A. In folgenden Projektionssystemen: 1. In den gekreuzten Pyramidenbahnen in ihrer ganzen Länge, aber cortexwärts deutlich an Intensität abnehmend, ferner in der ungekreuzten Py-Bahn einer Seite; 2. im KS-Strang; 3. im Gowersschen Bündel; 4. in einer Fasergruppe, die im Hinterstrang unten im lateralen Goll —, oben im medialen Burdachabschnitt liegt und im äußeren Keilstrangkern endigt; auch hier dürfte es sich um Kleinhirnbahnen handeln; 5. in Fasern der Brückenarme; 6. in der Dentatum — roter Kern-Bahn im Bindearm; 7. in Fasern des 6., 7. und 8. Hirnnerven; 8. in Fasern des Trapezkörpers; 9. in der Rubro-Thalamusbahn; 10. in den Fasern vom Nucl. lateralis thalami zur Zentralregion; 11. in der Pallidonigralbahn. B. In intrahemisphaeralen Assoziationssystemen, und zwar in zwei zum unteren Längsbündel gehörigen und mit der akustischen Projektionszone verbundenen Systemen, das eine mit Beziehung zur oberen Occipitalwindung, das andere zum lob. lingualis. C. In der Commissurenfaserung des mittleren und hinteren Balkenabschnitts, wobei ausschließlich Fasern betroffen sind, die zu sensiblen, akustischen und optischen Rindenzonen Beziehungen haben.

Der Fall wird als eine Systemerkrankung besonderer Art aufgefaßt, die man allenfalls der amyotrophischen Lateralsklerose an die Seite setzen könnte. Auch mit Jakobs „spastischer Pseudosklerose" finden die Verff. gewisse Ähnlichkeiten, wenngleich sie ihren Fall durch das Fehlen des striären Symptomenkomplexes, die andersartige psychische Veränderung, das Fehlen von Remissionen und die ausgesprochene Beteiligung der weißen Substanz gegen jene abgrenzen. Ein solcher Vergleich wird aber nach Ansicht des Ref. vor allem unmöglich gemacht durch das vollständige Fehlen eines histologischen Befundes. Dieser macht sich auch bei anderen Gelegenheiten störend bemerkbar, z. B. wenn Wenderowič die übrigens, wie er selbst bedauernd hervorhebt, nicht genügend eingehend studierten psychischen Störungen ohne weiteres auf die Ausfälle der Balkenfaserung zurückführt, obwohl wir über den Zustand der Rinde nichts erfahren (und trotz der bekannten Fälle von Balkenmangel ohne jede psychische Beeinträchtigung). Dagegen fällt eine Fülle normal-anatomischer Beobachtungen bei dieser faser-anatomischen Bearbeitung ab. Hier kann nur weniges hervorgehoben werden. Vor allem betont W. die besonders starke Degeneration der Bahnen im Tractus spino-cerebellaris, der Dentatum-Rubrumbahn, der Rubro-Thalamus- und der Thalamus-Rindenbahn, die man alle als Glieder einer mindestens fünfneuronalen Bahn (die Verbindung zwischen dem Endpunkt der KS im Wurm und dem Zahnkern ist nicht ganz sicher) auffassen kann, die der Leitung proprioceptiver, vom Bewußtsein nicht apperzipierter Sensibilität dienen. Besonders der orale Teil dieses Systems stellt eine dreineuronale Cerebello-Zentralbahn dar, die den gezahnten Kern mit der gegenüberliegenden Zentralregion verbindet. Das Fehlen von Hyperkinesen bei Funktionsausfall dieser Bahn im vorliegenden Fall spreche gegen die Entstehung ersterer durch Enthemmung und für Bonhoeffers Irritationstheorie. — Die Degenerationen im unteren Längsbündel entscheiden die lange diskutierte Frage, ob dieses die akustische Rindenzone mit der gleichnamigen optischen verbinde, in bejahendem Sinne, und zwar enden diese Assoziationsfasern in den am meisten occipital

Digitized by Google

gelegenen Bezirken der optischen Projektionszone. — Das Tapetum gehört sicher zur Balkenfaserung. — Die pallidonigrale Degeneration in diesem Fall bildet eine Bestätigung der Ansichten Jakobs über die Verbindungen von Striatum, Pallidum und subst. nigra und ihre physiologische Bedeutung. — Auf Grund histologischer Gleichartigkeit im Marchibilde (hochgradige Fettinfiltration der Ganglienzellen) und aus anderen Gründen rechnet Verf. das oral vom Ventralkern des Thalamus gelegene Gebiet zum Lateralkern. Dieses hat eine Retortenform. — Die Bahn Lateralkern des Thalamus-Zentralwindung verläuft in der mittleren Etage (dorso-ventral gedacht) des hinteren Schenkels der inneren Kapsel. — Die orale Lippe der Parazentralfurche gehört anatomisch-physiologisch zur Regio Rolandica, wie überhaupt die Rindeneinheiten sich nicht zwischen den Furchen finden, sondern um diese herum. — In der Regio subthalamica und in den basalen Zwischen- und Endhirnganglien und in der angrenzenden weißen Substanz fand sich in diesem Fall reichlich interstitielles sphärisches Fett (W. braucht den irreführenden Ausdruck „Fettgewebe"), so wie er im Glob. pallidus normal ist (von W. nach seiner Angabe zum ersten Male 1912 mitgeteilt). Auch bei postencephalitischem Parkinsonismus fand W. dieses Fett 3mal in der Substantia nigra, wo es normalerweise fehlt. Für viele weitere Einzelheiten sei auf das Original verwiesen. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Regnault, Félix: Causes du mal de mer. — Son traitement par l'amarinage. (Ursachen der Seekrankheit. Ihre Behandlung durch Gewöhnung an die See.) (*Soc. pathol. comp., Paris, 10. XI. 1925.*) Rev. de pathol. comp. d' hyg. gén. Jg. 25, Nr. 291, S. 1114—1116. 1925.

Die Hauptursache der Seekrankheit liegt in den Wellen. Diese geben dem Schiffe verschiedene Bewegungen. Das Seeklima beruhigt und soll Neurasthenikern und geistig Erregten empfohlen werden. „Die Zukunft der Therapie liegt auf dem Wasser." Es ist daher wichtig, die Seekrankheit zu unterdrücken. Dies geschieht durch Gewöhnung an die See: man nimmt — ebenso wie Reitstunden — auch Seegewöhnungsstunden, läßt sich von zwei Seeleuten, von denen jeder uns am Arm faßt und die auszuführenden Bewegungen zeigt, einüben. *Kurt Mendel.*

Messing, Sigismond: De la dissociation des réflexes vestibulo-oculaires. (Über dissoziierte Vestibularis-Augenreflexe.) (*Clin. neurol., univ., Varsovie.*) Encéphale Jg. 20, Nr. 10, S. 723—729. 1925.

Auf Grund von genauer Prüfung von Tumoren der Hirnschenkel, einer Encephalitis der Vierhügel und einer — die gesamte linke Kleinhirnhemisphäre einschließlich Wurm zerstörenden — Hirncyste glaubt Verf. feststellen zu können, daß mit Hilfe der Bárányschen Kaltspülmethode die sonst klinisch beobachteten Augenbewegungsstörungen wesentlich feiner — bezüglich der Lokalisation — diagnostiziert werden können, und daß es gelinge dissoziierte Störungen festzulegen, d. h. durch Kaltspülung eines Ohres unter Umständen nur Reaktionen von seiten bestimmter Bewegungen bzw. nur eines Auges zu erhalten.

Fall 1. Tumor des linken Hirnschenkels, der sich gegen die linke Haube zu ausdehnt und die Brachia conj. cerebelli an ihrer Kreuzung, sowie das Reilsche Band erfaßt. Die gewöhnliche Untersuchung ergibt Blicklähmung nach rechts, Blickparese des linken Auges nach oben, geringe Einschränkung aller Bewegungen beider Augen; kein Nystagmus, keine Konvergenzparese. Der Kaltspülversuch am linken Ohr ergibt eine ausgesprochene Deviation conjugée nach links; nach kurzer Zeit kehren die beiden Bulbi unter saccadierenden Bewegungen nach rechts zurück. Reizung des rechten Labyrinths (Kaltspülung) gibt zunächst den üblichen Nystagmus nach links, nach dessen Abklingen tritt eine vollkommene Abweichung des rechten Auges nach rechts auf. Linkes Auge o. B. Aus der ungleichmäßigen Abweichung der Bulbi bei Kaltspülung ergibt sich eine partielle Läsion des Verbindungsweges zwischen rechtem Labyrinth und dem Kern des linken Rectus internus und damit eine Affektion des hinteren Längsbündels durch den Tumor. Weiterhin geht als Wesentlichstes hervor, daß in diesem Fall eine latente Blicklähmung nach links bestand. Diese Blicklähmung hat sich der übrigen klinischen Wahrnehmung entzogen, dokumentierte sich durch die dem Nystagmus folgende Abweichung nach rechts. Die klinisch festgestellte Blicklähmung nach rechts erweist sich durch die Spülmethode als viel geringer als die sonstige klinische Untersuchung ergeben hat.

Digitized by Google

In Fall 2, einem Tumor des linken Hirnschenkels, bestehen klinisch: Totale konjugierte Blicklähmung nach links, deutliche Blickparese bei Bewegung nach rechts, wobei nur rechts Nystagmus auftritt. Inkomplette Konvergenz. Kaltspülung linkes Ohr: Erst Nystagmus beider Augen nach rechts, dann Neigung zur Abweichung beider Bulbi nach links. Kaltspülung rechtes Ohr: Geringer Nystagmus des linken Auges. Die Blickparese nach links ist jetzt verschwunden, allmählich konjugierte aber bes. Abweichen des rechten Auges nach rechts.

Aus diesen Befunden zieht Verf. folgende Schlüsse: 1. Das Vierhügel-Blickzentrum nach links, sowie seine cerebralen Bahnen funktionieren, jedoch etwas geschwächt (Spülnystagmus nach links, aber gering). 2. Es besteht eine partielle Unterbrechung der Bahnen: Labyrinth rechts — Kern des linken Rectus internus. 3. Die Blicklähmung nach rechts ist unbedeutend.

Fall 3. Encephalitis der Vierhügelgegend. Auch in diesem Falle werden dissoziierte Erregungserfolge am rechten und linken Auge erzielt. Fall 4. Linksseitige Kleinhirncyste. Hier bestand im wesentlichen eine Blickparese nach links, die die Kaltspülmethode als eine Störung des hinteren Längsbündels, das wahrscheinlich durch den allgemeinen Hirndruck indirekt geschädigt war, erscheinen ließ.

Verf. legt besonderen Wert auf den auf beiden Augen verschiedenen Ausfall der Kaltspülung einer Seite, der durch einen dissoziierten Ausfall des vestibulo-okularen Reflexes bedingt sei. Besonderen Anteil an den bei den Fällen aufgetretenen Augensymptomen hat der Rectus internus, dessen Bahn kern-gekreuztes Labyrinth (Konvergenz erhalten!) sich als besonders geschädigt erwiesen habe und daher Rückschlüsse auf eine Schädigung des hinteren Längsbündels erlaube. Weiterhin gäbe die Bárányesche Methode für Blicklähmungen eine viel präzisere Diagnostik als die üblichen Methoden, weil einerseits Blickparesen damit festgestellt werden könnten, die sonst nicht erkannt werden und andererseits bei festgestellten Blickparesen die supranucleären Bahnen oft weniger geschädigt seien, als man sonst anzunehmen geneigt wäre. Durch Beobachtung von Nystagmus nur eines Auges, von Abweichung nur eines Auges nach Kaltspülung usw. sei auch eine feinere Diagnostik einzelner supranucleärer Augenmuskellähmungen möglich. *Otto Schwab* (Breslau).

Ohm, Johannes: Zur Augenzitternkunde. I. Mitt. v. Graefes Arch. f. Ophth. Bd. **116**, H. 3, S. 521—536. 1926.

Verf. nimmt auf sein 1923 erschienenes Buch „Das Augenzittern als Gehirnstrahlung" (Urban & Schwarzenberg) Bezug. Die in demselben mitgeteilten Beobachtungen vervollständigt er durch Mitteilung von 6 Fällen von angeborenem Augenzittern. Sämtliche Fälle sind nach der vom Verf. ausgebildeten Methode nystagmographisch aufgenommen. Die gewonnenen Kurven werden wiedergegeben und analysiert. Ungleichheit der Augen beeinflußt den Charakter des Augenzitterns. In einem Falle beseitigte Verdunkelung oder Abblendung der Augen den Nystagmus sofort, im allgemeinen wird er hierbei langsamer, grobschlägiger und unregelmäßiger. Wie spätere Erblindung auf angeborenen Nystagmus wirkt, ist noch nicht festgestellt. Dunkelzittern bei Tieren wird durch Sehnervendurchschneidung abgeschwächt bzw. aufgehoben. *Henneberg* (Berlin).

Fischer, Josef: Die histologischen Ohrbefunde bei den bösartigen Neugebilden des Gehörorganes mit besonderer Berücksichtigung der nervösen Anteile des Ohres. (*Allg. Poliklin., Univ. Wien.*) Acta oto-laryngol. Bd. 8, H. 3, S. 367—393. 1925.

Geschwülste des Gehörorgans wirken auf das Innenohr, indem sie es substituieren oder, an dieses herantretend, die Saftströmung verändern oder toxische Fernwirkungen ausüben. Aus dem klinischen Verlauf und histologischen Befund dreier Fälle — je ein Carcinom, Sarkom und Endotheliom — sei folgendes hervorgehoben: 1. Mann, 59 Jahre alt, Carcinom. Fällt 50 Jahre vor Beobachtung vom Baum, Ausfluß aus dem rechten Ohr. Seit 6 Wochen eitriger Ausfluß, Ohrschmerzen, Schmerzen beim Mundöffnen. Rechts Taubheit, labyrinthäre Unerregbarkeit. Tod nach einem Jahr. Histologisch: Im Mittelohr Tumor aus großen runden Zellen mit chromatinreichem, bläschenförmigem Kern. Im Knochen Kankroidperlen. Das ganz zerstörte Innenohr wird von der Knochenkapsel wie von einem Rohr umgeben, die Schnecke bildet einen im carcinomatös veränderten Duralsack liegenden Sequester. Im erweiterten inneren Gehörgang statt des N. octavus Detritus. Nervenfasern im Tract. spiral. foraminosus und im Modiolus fehlen. Im Facialis Faserausfall. Nervenkanäle (N. utriculo-ampull., Ampull. inf.) leer oder mit Nekrosen gefüllt. Aquädukte leer. Im Aquaeduct. cochlear. Eiter und Detritus. Auffallend frühzeitige Knochennekrosen. Keine reaktiven Veränderungen im Sinne der Heilung. Im Innenohr nirgends Carcinommassen, nur Detritus und Nekrosen. Die Dura, obwohl infiltriert, hat überall außer am Tegmen tympani das Vordringen der Tumor-

Digitized by Google

massen verhindert. Später Eintritt des klinischen Facialisfunktionsausfalls ist seit längerem bekannt. Obwohl im Mittelohr sich kein epidermoidales Epithel vorfindet, treten fast ausschließlich Deckepithelkrebse im Gehörgang auf. Allen primären Mittelohrcarcinomen liegt chronische Mittelohreiterung zugrunde. Diese reizt. Dadurch kommt es zu pathologischer Zellregeneration mit intensiv proliferierenden Zellen. Kein Carcinom, sondern ein Cholesteatom entsteht, wenn Zellen rasch zerfallen und daher für Regenerationsvorgänge keine Zeit bleibt. — 2. Frau, 52 Jahre alt. Das Sarkom rief zuerst links Kopf- und Gesichtsschmerzen hervor. Einen Monat später stets wachsende Schläfengeschwulst links. 4 Monate nach Beginn des Leidens hängt der linke Mundwinkel, 2 Monate später links Ptosis. 4 Wochen darauf hört Patientin links schlecht. Kopfschmerz, besonders rechts. Komplette periphere Facialislähmung. Protrusio bulbi. Ophthalmoplegia total. links. Keine Stauungspapille. Beiderseits chronischer Mittelohrkatarrh, links akut exacerbiert. Kein Spontan-, leichter Einstellungsnystagmus. Kalorische Reaktion stark herabgesetzt. Autoptisch: Tumor, in linke Paukenhöhle eingedrungen, hat äußeren Gehörgang durchwachsen, hängt aus dem Ohr heraus, durchbricht die Dura und wächst in den linken Schläfenlappen. Histologisch: Im Mittelohr gefäßreiches Gewebe, aus vielen, teils runden, teils spindeligen Zellen, das überall in den Knochen dringt und die mediale Mittelohrwand an zwei Stellen — Knochenkanäle für Facialis und N. utriculo-ampullaris — arrodiert. N. cochlear zerstört. Im Spiralkanal Nervenfasern spärlich, degenerative Veränderungen. Entlang den Fasern des N. utriculo-ampullar. Sarkomzellinfiltrate, degenerative Atrophie, Faserausfall. Die größten Schädigungen zeigt das Facialisgebiet, wo auch zuerst klinische Symptome auftraten, während die Ohrerscheinungen erst spät zur Beobachtung gelangten. Die Herabsetzung der Labyrintherregbarkeit für kalorische Reize wird durch erschwerte Abkühlung des horizontalen Bogengangs infolge der Tumormassen im Mittelohr und durch Atrophie der Nervenelemente erklärt. — 3. Kind, $5^1/_2$jährig. Endotheliom. Vor einem Jahre Schwellung und Vergrößerung des rechten Auges. Seit 6 Wochen Zittern der linken Hand. Erbrechen, Kopfschmerz. Exophthalmus rechts. Rechts Otitis, beiderseits Tubenmittelohrkatarrh. Rechts Hörvermögen herabgesetzt. Spontannystagmus horizontal, rotatorisch, mittelschlägig nach beiden Seiten. Rechts keine kalorische Reaktion, nach Massenspülung bei verlängerter Latenzzeit Nystagmus zur Gegenseite. Links kalorische Übererregbarkeit. Röntgenologisch: Hydrocephalus. Scheitel- und Schläfenbeine, ebenso Schläfenschuppen dünn. Nähte klaffend. Impressiones digitat. vermehrt. Exitus nach Pneumographie. Autoptisch: Rechter Schläfenlappen von gefäßreichem, von der mittleren Schädelgrube auch auf die Orbita übergreifenden Tumor substituiert. Rindengrau unter den Zentralganglien hyperämisch. Kompression des rechten, Dilatation des linken Seitenventrikels. Leptomeningen hyperämisch. Druckatrophie des Schädeldaches. Histologisch: Tumormassen, konzentrisch um axiale Gefäße gruppiert, halten sich an die anatomischen Mittelohrgrenzen. Schleimhautperiost nur da verändert, wo die knöcherne Mittelohrwand durchbrochen ist (am Factialkanal, horizontalen Bogengang, Schneckenkapsel). Tumormassen umgeben die stark gestauten Begleitgefäße des Facialis. Weichteilinnenohr und Corti-Organ gut erhalten. Nn. cochlear. und labyrinthic. etwas atrophisch. Am Facialis stellenweise Zellinfiltrate, auch am Knieganglion. Verf. hebt hervor, daß im Fall 1 das Weichteilinnenohr zugrunde gegangen ist, obwohl die Knochenkapsel besteht. Es ist durch Eiterung zerstört vor Eindringen der Carcinommassen, ferner betont er die Widerstandsfähigkeit der Dura, das Fehlen der Heilungsvorgänge. Auch das Sarkom hat nur an den Eintrittsstellen zerstört (primär), sonst nur durch die Entzündungsvorgänge gewirkt (ähnlich wie es bei der experimentellen Labyrinthitis beobachtet wurde). Das Endotheliom wächst nur innerhalb der anatomischen Grenzen.

Kastan (Hamburg).

Koschewnikow, A. M.: Die akute allgemeine Ataxie von Leyden-Westphalschem Typus in Verbindung mit den Epidemien der letzten Jahre in Rußland. (*Krankenh. Semaschko, Moskau.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 3/4, S. 376 bis 399. 1925.

Von 1919 an brach in Rußland eine Reihe einander folgender Epidemien aus: Fleckfieber, Encephalitis, Recurrens und Malaria. Verf. beobachtete etwa 1000 Fälle organischer Nervenerkrankungen als Folge des Fleckfiebers allein. Aus seinem reichen Material konnte er 12 Fälle von akuter Ataxie, darunter 2 mit Autopsiebefund zusammenstellen. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die allgemeine akute Ataxie vom Leyden-Westphalschen Typus ist keine nosologische Einheit, sondern ein Symptomenkomplex. Derselbe kann sich in jedem Alter als Folge von Infektionskrankheiten oder unter dem Einfluß von physikalischen Faktoren (Insolation, Überhitzung, Kontusion) entwickeln. 2. Die Epidemien der letzten Jahre — Fleckfieber, Encephalitis und Malaria — haben eine Reihe von Fällen der akuten Ataxie mit einer neuen Ätiologie geliefert. 3. Die Prognose der akuten Ataxie ist günstig quoad vitam und

Digitized by Google

meistenteils ungünstig quoad valetudinem completam. Das Alter spielt in der Prognose der Krankheit keine Rolle. 4. Die allgemeine akute Ataxie als Folge des Fleckfiebers ist keine seltene Erscheinung. 5. Fast in allen Fällen der akuten Ataxie werden Störungen der Psyche beobachtet. Besonders oft beobachten wir Gedächtnisschwäche und depressive Stimmung. 6. In den Fällen vollständiger Heilung der akuten Ataxie kehrt die Psyche gewöhnlich zur Norm zurück. In den chronischen Fällen verbleiben oft dauernde Veränderungen der Psyche, besonders Demenz. 7. Die Annahme, daß die akute Ataxie pathogenetisch auf eine elektive toxische Läsion des zentralen Koordinationsapparates zurückzuführen sei, ist nicht genügend begündet und findet in der klinischen Beobachtung keine Stütze. 8. Die Vermutung des Herdcharakters dieses Symptomenkompexes mit Lokalisation in der Regio subthalamica ist annehmbar. 9. Die endgültige Lösung der Frage über die Pathogenese und Lokalisation der akuten Ataxie wird erst auf Grund der histologischen Untersuchungen entsprechender reiner Fälle möglich sein. *O. Albrecht* (Wien).

Rückenmark und Wirbelsäule:

Myelitis, Poliomyelitis, amyotrophische Lateralsklerose, spin. Muskelatrophie, spastische Spinalparalyse:

Mârtz, F.: Ein Fall von akuter Myelitis dorsolumbalis nach der Lyssa-Behandlung. Spitalul Jg. **46**, Nr. 1, S. 11—12. 1926. (Rumänisch.)

5 Tage nach der Beendigung der Lyssa-Behandlung zeigen die Symptome eine akute Myelitis dorsalis mit Sensibilitäts-, Motilitäts-, Sphincteren-Störungen und Decubitus. Syphilis ist auszuschließen. In 3 Wochen ist der Patient geheilt. Es war eine postserische Krankheit. *Urechia* (Klausenburg).

Gross, W.: Zu dem Artikel vom 1. November 1924: „Rückenmarksschädigungen nach Lumbalanästhesien" (Dr. Walter Weigelt). Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 26, S. 1441—1442. 1925.

Angeregt durch Weigelts Arbeit über Rückenmarksschädigungen durch Injektionen von Novocain, Salvarsan und Vucin in den Duralsack (vgl. dies. Zentrlbl. **40**, 563), teilt Verf. kurz einen Fall von otitischem Hirnabceß mit, welcher nach der Operation durch lumbale Vucininjektionen behandelt wurde; es bildete sich ein Duralabceß infolge einer Pachymeningitis circumscripta purulenta des Duralsacks. *Hallervorden* (Landsberg, Warthe).

Meulengracht, E.: Rückenmarkssymptome bei perniziöser Anämie. Ugeskrift f. Laeger Jg. **87**, Nr. 27, S. 593—598 u. Nr. 28, S. 613—616. 1925. (Dänisch.)

Verf. hat in 34 Fällen von perniziöser Anämie 21 Fälle mit ausgesprochenen Parästhesien gefunden. 10 Krankengeschichten werden mitgeteilt. Akroparästhesien können als Frühsymptome in dem sog. präanämischen Stadium der Krankheit erscheinen. Der Wert dieses Symptoms für die Frühdiagnose wird betont. Da oft schwere Rückenmarksysmptome in frühen Entwicklungsstadien der Perniziosa scheinbar unabhängig von der Schwere der Blutveränderungen auftreten, muß gefolgert werden, daß die Veränderungen des Blutes und diejenigen des Rückenmarks koordinierte Phänomene sind. Sie müssen als von einer gemeinsamen Ursache, einer allgemeinen Intoxikation unbekannter Art, bedingt aufgefaßt werden. *Ingvar* (Lund).

Aycock, W. Lloyd, and Paul Eaton: The epidemiology of infantile paralysis. The relation between multiple cases in the same family. (Die epidemische Verbreitung der spinalen Kinderlähmung. Die Beziehungen zwischen mehreren Fällen in derselben Familie.) (*Dep. of prev. med. a. hyg., Harvard med. school, Boston a. research laborat., Vermont dep. of health, Burlington.*) Americ. journ. of hyg. Bd. **5**, Nr. 6, S. 724 bis 732. 1925.

Bei den Epidemien von spinaler Kinderlähmung in verschiedenen Staaten Nordamerikas in den Jahren 1921—24 konnten Verff. in 253 Familien mehrere Krankheitsfälle feststellen. Im ganzen waren es 576 Fälle. Abortive und verdächtige Erkrankungen sind mit einbegriffen, da sonst das Resultat sehr verschoben wird. In 18 Familien wurden 2 schwere Erkrankungen festgestellt, in 95 Familien 1 schwerer Fall neben einem oder mehreren abortiven Fällen. In 40 Familien fand man nur abortive oder verdächtige Fälle. Verff. teilen die sekundär befallenen Fälle in 2 Gruppen, je nachdem die Erkrankung in den ersten 8 Tagen oder 10—18 Tagen

Digitized by Google

nach dem primären Fall zum Ausbruch kam. Bei der ersten Gruppe ist nach den Verff. eine gemeinsame Infektionsquelle mit dem primären Fall anzunehmen. Bei der zweiten Gruppe ist die Infektion auf den primären Krankheitsfall zurückzuführen. Die Inkubationsdauer beträgt ungefähr 14 Tage. Ausführliche Tabellen geben genauen Überblick über die eigenen Untersuchungen und Vergleiche mit den Ergebnissen anderer Autoren. *Gierlich.*

Sindoni, M. B., e M. Misasi: Osservazioni e ricerche sull'etiologia della malattia di Heine-Medin. (Beobachtungen und Untersuchungen über die Ätiologie der Heine-Medinschen Krankheit.) (*Istit. di clin. pediatr., univ., Roma.*) Pathologica Jg. 17, Nr. 407, S. 579—583. 1925.

Mit Liquor, Blut und Nasenrachenschleim wurden Nährböden beschickt und Kaninchen geimpft. Die Nährböden trübten sich nach 5—6 Tagen. Im hängenden Tropfen sah man isolierte, gramnegative, kugelige Körperchen. Am 10. bis 12. Tage bildete sich ein körniger Niederschlag. Liquor, Blut und Nasenrachenschleim wirkten gleichmäßig, meist positiv, wenn sie in den ersten Krankheitstagen entnommen wurden. Der Agglutinintiter war 1:50 bis 1:200. Amboceptor und opsonischer Index waren vermehrt. Bei Impfungen mit Liquor und Kulturen (intrakraniell, endoneural, intravenös) konnten zahlreiche Passagen erzielt werden. Die Tiere gingen nach Krämpfen ein. Anatomisch fanden sich Hämorrhagien (punktförmig) im Rindengrau, Markweiß und Kleinhirn und Infiltrationen der feinen Gefäße. *Kastan* (Hamburg).

Hassin, George B., E. L. Baker and Howard Wakefield: Roentgenographic bone changes in a second case of old poliomyelitis. (Röntgenologische Knochenveränderungen in einem 2. Fall von alter Poliomyelitis.) (*Neurol. serv., Cook County hosp., Chicago.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 4, S. 267—268. 1925.

Unter Hinweis auf einen von Hassin, Lukas und Brown im Jahrgang 1915 derselben Zeitschrift veröffentlichten analogen Fall beschreiben die Autoren die hochgradige, röntgenologisch nachweisbare Atrophie der Unterschenkelknochen bei einem Manne, der vor 59 Jahren an einer Poliomyelitis mit nachfolgender Lähmung und Atrophie des rechten Beins erkrankt war und derzeit mit einer frischen cerebralen Hemiplegie in die Beobachtung kam. Sie weisen darauf hin, daß das röntgenologische Bild der Knochenatrophie bei schlaffen Lähmungen anderer Art nicht in dieser Form gesehen wird und daher für die Poliomyelitis charakteristisch zu sein scheint. *Erwin Wexberg* (Wien).

Castells, Herminio, und Vicente Carulla: Die Röntgentiefentherapie bei der Kinderlähmung. (*Hosp. clin., fac. de med., Barcelona.*) Rev. de diagnost. y tratamiento fisicos Jg. 1, Nr. 2, S. 57—72. 1925. (Spanisch.)

Verff. wenden nach dem Beispiele von Bordier bei der Poliomyelitis die Röntgentiefentherapie an und glauben davon gute Erfolge gesehen zu haben. Sie beginnen sofort nach Abklingen der akuten Erscheinungen. Die Dosis richtet sich nach dem Zeitpunkte des Behandlungsbeginns: je älter das Leiden, desto größer die Dosis. Die Wirkung der Röntgenstrahlen ist eine verschiedene: Zerstörung der Entzündungsprodukte, besonders der Lymphocyten, biologischer Reiz auf die durch die Entzündung geschädigten Nervenzellen, in späteren Stadien Einwirkung auf das narbig veränderte Gewebe. Eine Einwirkung auf das Virus oder auf die Toxine darf man nicht erwarten. Im wesentlichen handelt es sich um eine Einschränkung der Ausdehnung des Krankheitsprozesses. Kontraindikationen: Anämie, krankhafte Veränderungen der Haut über dem zu bestrahlenden Gebiete — Decubitus, trophische Störungen, Röntgenüberempfindlichkeit. Neben der Röntgenbehandlung müssen die übrigen physikalischen Behandlungsmethoden angewandt werden: Diathermie zur Bekämpfung der in den gelähmten Gliedern auftretenden Hypothermie, Massage, aktive und passive Bewegungen, Elektrizität. *Reich* (Breslau).

D'Istria, Antonio: Sul trattamento della poliomielite anteriore. (Über die Behandlung der Poliomyelitis anterior.) (*Osp. incurabili, Napoli.*) Arch. di radiol. Jg. 1, Nr. 1, S. 66—75. 1925.

In 14 von den 15 Fällen der vorliegenden Kasuistik wurden durch Röntgenbestrahlung und Galvanisation der Lendenanschwellung des Rückenmarks bemerkenswerte Erfolge erzielt. Die Krankheitsdauer bei Beginn der Behandlung variierte zwi-

Digitized by Google

schen 10 Tagen und 13 Monaten. Im Vergleich zu den ohne Röntgen behandelten Fällen sind die Erfolge viel günstiger. Die Wirkung erklärt sich der Verf. durch die destruktive Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die Infiltrate, Gefäßproliferationen und das junge Bindegewebe in den Vorderhörnern. *Erwin Wexberg* (Wien).

Silberstein, S.: „Funktionelle" weiche Stoffprothesen im Dienste der Therapie paralytischer Deformitäten im Kindesalter. (*Orthop. Abt., Inst. f. Physiatrie u. Orthop., Moskau.*) Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. **46**, H. 4, S. 550—554. 1925.

An Stelle der gebräuchlichen Schienenhülsenapparate empfiehlt Verf. die von Duchenne und Calot angegebenen Stoffprothesen, die aus einem aus Drillstoff schnürbaren, mit Fischbein verstärkten Strumpf und Gummizügen zum Ersatz der gelähmten Muskeln bestehen. Die Gummizüge läßt der Verf., um die durch sie bedingte Verschiebung des Strumpfes möglichst gleichmäßig zu verteilen, spiralig um das Glied laufen. *Erwin Wexberg* (Wien).

Lhermitte, J., et M. Nicolas: Les amyotrophies de la main chez le vieillard. Etude anatomo-clinique. (Die Amyotrophien der Hand beim Greise. Klinisch-anatomische Studie.) Encéphale Jg. **20**, Nr. 10, S. 701—712. 1925.

Die Verff. beobachteten in 2 Fällen eine auf dem Daumenballen begrenzte, nicht progressive Amyotrophie und konnten die anatomische Grundlage nachweisen. Im 1. Falle handelte es sich um eine Frau, die nach mehreren Schlaganfällen ins Krankenhaus kam, hier das Bild einer senilen Demenz ohne Herderscheinungen bot. Alle Sehnenreflexe waren gesteigert, beiderseits Babinski; im 2. Falle um eine 64jährige Frau mit allen Zeichen der gewöhnlichen lacunären cerebralen Arteriosklerose mit kleinschrittigem Gang, artikulatorischer Sprachstörung, leichten Halbseitenerscheinungen, dazu einer völligen Lähmung des Opponens und Abductor pollicis brevis. Elektrisch völlige Aufhebung der Erregbarkeit. Funktionsstörung entsprechend. Anatomisch fand sich eine auffällige dünne 6. und 7. Cervicalwurzel. Histologisch zeigten sich streng begrenzte Veränderungen in den lateralen Gruppen des Vorderhorns in diesen Segmenten und im 6. Segment auch in der dorsolateralen Gruppe. Diese Veränderungen bestehen in einer Verminderung der Nervenzellen und chronischen Veränderungen der erhaltenen. Keine wesentliche Gliawucherung. Wichtig ist, daß in den betreffenden Gebieten sich keine Gefäßveränderungen finden, während sich an einer anderen Stelle, die von der Atrophie verschont war, einige arteriosklerotisch veränderte Gefäße fanden. In den Fällen isolierter Atrophie der kleinen Handmuskeln, die Pierre-Marie und Foix beschrieben haben, fanden sich Gefäßveränderungen wohl auf dem Boden der Syphilis und konsekutive Erweichungen bzw. Narben. Im Gegensatz dazu handelt es sich in den vorliegenden Fällen um eine Atrophie nichtvasculären Ursprungs.

Die Verff. möchten also annehmen, daß es sich um eine Abiotrophie im Sinne von Gowers handelt. Zugleich bietet der anatomische Befund in den vorliegenden Fällen eine Bestätigung der Ansicht, daß die Muskeln des Daumenballens ihre Innervation aus dem Dorsolateralgebiet empfangen. *Erich Guttmann* (München).

Multiple Sklerose, Syringomyelie:

Reys, L.: La sclérose en plaques devant le congrès de neurologie de Paris. Idées nouvelles. (Die multiple Sklerose vor dem Kongreß für Neurologie in Paris. Neue Gesichtspunkte.) (*Laborat., fac. de méd., univ., Strasbourg.*) Méd. d'Alsace et de Lorraine Jg. **4**, Nr. 24, S. 453—461. 1925.

Erwähnt wird vor allem das Vorhandensein von Labyrinthstörungen im Krankheitsbild der multiplen Sklerose. Außer Schwindel, Gleichgewichtsstörungen und Nystagmus rechnet der Verf. auch noch das Doppelsehen zu den vestibulären Symptomen. Im ganzen hält er die vestibulären Störungen für ebenso wichtig wie die Kleinhirnsymptome. Umfangreiche Untersuchungen über den Liquor haben weiter ergeben, daß bei der multiplen Sklerose die Rückenmarksflüssigkeit häufig verändert ist. Relativ am häufigsten scheint vorzukommen eine mittelstarke Eiweißvermehrung, eine Lymphocytose und eine krankhafte Kolloidkurve bei negativem Wassermann. Auch der Druck ist nach seiner Erfahrung nicht selten erhöht. Auf therapeutischem Gebiet sind Versuche mit Natrium cacodylicum gemacht worden. Ferner mit Urotropin, was er besonders in frischen Fällen für indiziert hält. Vieles spricht dafür, daß die Infektion bei der multiplen Sklerose vom Nasen-Rachenraum ausgeht.

Bostroem (München).

Digitized by Google

Wexberg, Erwin: Zur Differentialdiagnostik der multiplen Sklerose. (*Nervenheilanst. Maria Theresien-Schlössel, Wien XIX.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 1/2, S. 43—91. 1925.

Wexberg erweist an der Hand einer 43 eigene Fälle umfassenden Gruppe von diagnostisch zweifelhaften Beobachtungen die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose der multiplen Sklerose und bringt damit zufolge der gründlichen Beobachtung und sachgemäßen Analyse der einzelnen Fälle einen sehr wertvollen Beitrag zur Lehre der multiplen Sklerose. Die Arbeit muß im Original gelesen werden, das Referat kann nur eine Skizze derselben geben. W. unterscheidet bei Darstellung seines Materials zunächst Fälle, bei denen Kardinalsymptome fehlen oder in ungewöhnlicher Form vorhanden sind und betont, daß die Areflexie der Bauchdecken zwar durchaus nicht immer entscheidend, diagnostisch aber ungemein wichtig ist, das Fehlen der Areflexie hinsichtlich ihrer großen Häufigkeit bei der multiplen Sklerose jedenfalls diagnostische Zweifel begründet. Die 2. Gruppe bilden die Fälle mit Fehlen des von Marburg geforderten Nachweises der multilokulären Affektion, die dritte Fälle mit Symptomen, die bei der m. Skl. nur ausnahmsweise beobachtet werden. W. zeigt, daß die überwiegende Mehrzahl der zweifelhaften Fälle jene umfaßt, deren Krankheitsbild sich aus rein spinalen Symptomen zusammensetzt oder aber auch die nicht gerade häufigen Beobachtungen mit nur cerebralen Erscheinungen. W. erörtert auch die diagnostischen Schwierigkeiten, die sich aus dem Alter des Patienten zur Zeit der Erkrankung ergeben, einerseits die Fälle der infantilen multiplen Sklerose, die er als stets zweifelhaft ansieht (worin Ref. ihm auf Grund eigener Erfahrung nicht beipflichten kann), andererseits die Erkrankungen im vorgeschrittenen Alter; bei letzteren glaubte Verf. gewisse Besonderheiten des Verlaufes und des klinischen Bildes vorzufinden, so langsame Progredienz ohne Remissionen und Schübe, Hervortreten von Schmerzen, rechnet aber mit den Zufälligkeiten eines kleinen Materials (Ref. hat bei mehreren Altersfällen gleichfalls die von W. betonte Eigentümlichkeit sowie das Fehlen cerebraler Symptome beobachtet). Einen sehr lehrreichen Teil der Arbeit bilden die Beobachtungen, die Gelegenheit gaben zur Erörterung der Differentialdiagnose gegenüber einer bestimmten organisch-nervösen Erkrankung, so gegenüber dem Tumor medullae spinalis, der Syringomyelie, Lues spinalis, dem Hirntumor, der Encephalitis lethargica, der Encephalitis pontis et cerebelli (Redlich) und vasculären Gehirnerkrankungen.

G. Stiefler (Linz).

Faworskij, A.: Zur Klinik und pathologischen Anatomie der akuten disseminierten Sklerose. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 457—465. 1925. (Russisch.)

In einem autoptisch genau untersuchten Fall von atypischer Herdsklerose (Stauungspapille, tumorähnlicher Verlauf) fanden sich reichlich zerstreute Plaques. Der exsudative, alterative und proliferative Charakter derselben, das Nebeneinander von Entzündungs- und Degenerationserscheinungen erklären die Neuritis optica als Folge toxischer Gefäßalteration oder benachbarter, druckausübender Entzündungsherde im Hirnmark oder Hirnhaut. Die Struktur der chronischen und akuten Herde ist identisch, nur entwickeln sich die Herde in den akuten Fällen sehr rasch und multipel, was gefährlich werden kann, in den chronischen, schleichend verlaufenden Fällen langsam, was die stufenweise Adaptation viel besser ermöglicht.

Higier (Warschau).

Friedinger, Elsa: Klinische Untersuchungen über die Genese der Neuritis nervi optici mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zur multiplen Sklerose. (*Univ.-Augenklin., Zürich.*) Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 48, S. 1093—1097. 1925.

Verf. gab sich die Aufgabe, festzustellen, wie oft sich bei Neuritis optica mit unbekannter Ätiologie im Verlaufe der Jahre eine multiple Sklerose entwickelt hatte; aus einem großen Materiale von 504 Fällen mit Opticusaffektion, darunter 238 mit Neuritis optica und unter diesen wiederum 70 mit ungeklärter Ätiologie standen ihm 26 kontrollierte Fälle zur Verfügung, von denen 3 eine multiple Skerose aufwiesen (11,6%). Dieses Ergebnis steht in Widerspruch mit den Erfahrungen anderer Autoren, so Picard, Tarel, insbesondere mit Fleischer, der bei voller Beachtung des ge-

Digitized by Google

forderten langen Intervalles zwischen Neuritis optica und neurologischer Nachkontrolle (in mehr als der Hälfte der Fälle) bei zwei Drittel der untersuchten Fälle positive neurologische Zeichen fand, die aber von der Verf. nicht in allen Fällen als zureichend für die Diagnose einer multiplen Sklerose angesehen werden; sie weist mit Nachdruck darauf hin, daß in ihrem Material verschiedene Fälle einen Zusammenhang mit Tuberkulose aufwiesen, und hält es für wahrscheinlich, daß eine gewisse Zahl der Fälle von Neuritis optica mit unbekannter Ätiologie auf Tuberkulose bzw. Skrofulsoe beruhen kann, ihre Prognose daher gar nicht immer infaust zu sein braucht, im Gegensatze zur früheren Anschauung über derartige Fälle als langjährige Vorläufer einer multiplen Sklerose (Wilbrand-Saenger). *G. Stiefler* (Linz).

Tabes:

Křivý, Miroslav: Zur Pathogenese der Degeneration der Rückenmarksseitenstränge bei Tabes dorsalis. (*Klin. nerv., prof. Zd. Myslivečka, Bratislavě.*) Bratislavské lekárske listy Jg. 5, Nr. 2, S. 99—110. 1925. (Tschechisch.)

Nach einer literarischen Übersicht über die Auffassungen der systematischen und pseudosystematischen kombinierten Systemerkrankungen des Rückenmarkes und nach Feststellung der Meinungsverschiedenheiten älterer und neuerer Autoren in dieser Frage, wird ein Fall einer 30 Jahre alten Tabes dorsalis mitgeteilt, der in der Serienuntersuchung folgendes Bild zeigte: einerseits ein typischer generalisierter Tabesbefund (Degeneration der Hinterstränge vom Sakralmark bis zum 5. Cervicalsegment, Degeneration der dorsalen Nervenkerne, der Lissauerschen Zone und der Clarkeschen Säule), andererseits aber herdförmige Degeneration in den Seitensträngen (Abbildung), die in verschiedener Intensität und in asymmetrischer Lagerung auf der rechten und linken Seite, vom distalen Ende des Cervicalmarkes bis zum Lumbalmark reichen. Die Degeneration betrifft zum Teil auch das Flechsigsche und Gowerssche Bündel und die Assoziationsfasern der Seitenstränge. Die Pyramidenbahn ist nirgends ganz gestört. Klinisch wurden keine Pyramidenzeichen festgestellt. Der Autor ist am ehesten geneigt, die Ansichten Spielmeyers und Hennebergs über die funikuläre Myelitis zur Erklärung seines Falles heranzuziehen. *Bálint* (Košice.)

Barkas, Mary R.: A note on the significance of the vegetative nervous system in tabes dorsalis. (Bemerkungen über die Bedeutung des vegetativen Nervensystems bei der Tabes.) Journ. of neurol. a. psychopathol. Bd. 6, Nr. 22, S. 126—128. 1925.

Die Verf. weist auf einige Symptome der Tabes hin, aus denen sie mit Rücksicht auf allgemeine physiologische Erwägungen die Bedeutung des vegetativen Systems abzuleiten sucht. Keine neuen Gesichtspunkte. *Erwin Straus* (Berlin-Charlottenburg).

Prokin, A. D.: Die Osteoarthropathien der Wirbelsäule bei Tabes. Russkaja klinika Bd. 3, Nr. 12, S. 602—605. 1925. (Russisch.)

Beschreibung eines Falles von Osteoarthropatie der Wirbelsäule bei Tabes. Auf dem Röntgenbilde konnte man ausgedehnte Knochenproliferationen mit periostalen Auflagerungen im Gebiete der Proc. transversi beobachten. *Wolpert* (Berlin-Schlachtensee).

Guillain, Georges, et N. Péron: Sur un cas d'association de tabes et de maladie osseuse de Paget. (Ein Fall von Tabes kombiniert mit Pagetscher Krankheit.) Ann. de méd. Bd. 18, Nr. 3, S. 167—178. 1925.

Die Pathogenese der Pagetschen Krankheit ist noch nicht geklärt, manche Beobachtungen lassen vermuten, daß es sich nicht um einen einheitlichen Prozeß in allen Fällen handelt. Der syphilitische Ursprung hat vielfach die größte Wahrscheinlichkeit für sich. Die Verff. berichten eingehend über einen derartigen Fall; es handelt sich um einen 54jährigen Mann, bei dem 3 Jahre nach der klinischen Feststellung der Tabes die ersten Erscheinungen an den Knochen beobachtet wurden. Wenn in solchen Fällen von Pagetscher Krankheit eine spezifische Behandlung versagt, so liegt das daran, daß die Behandlung zu spät eingesetzt hat, nachdem schon irreparable Schädigungen entstanden sind. Da sich aber die Pagetsche Krankheit in Schüben entwickelt, die oft durch einen langen Zeitraum voneinander getrennt sind, so wäre es doch möglich, daß eine spezifische Behandlung, wenn auch schon eingetretene Veränderungen am Skelett nicht mehr heilen, doch weiteren Schäden vorbeugen kann. *Erwin Straus.*

Gougerot, Jean Meyer et Robert Weill-Spire: Fréquence des psychopathies simulant la paralysie générale chez les tabétiques. (Häufigkeit von psychischen Störungen bei Tabikern, die das Zustandsbild der progressiven Paralyse nachahmen.) Bull. de la soc. franç. de dermatol. e de syphiligr. Jg. 32, Nr. 7, S. 317—321. 1925.

Bei der Tabes werden mehr als bei anderen Formen der Lues psychische Störungen

Digitized by Google

beobachtet, die klinisch der progressiven Paralyse gleichen, aber auf spezifische Behandlung verschwinden. Derartige Störungen sind bei den Tabikern viel häufiger als die Übergänge zur Taboparalyse. Man darf also die Prognose noch nicht allzu ungünstig stellen, wenn bei einem Tabiker psychotische Symptome auftreten; man soll vielmehr eine intensive antiluetische Kur durchführen, ohne sich durch Komplikationen im Beginn abschrecken zu lassen. Mitteilung von 2 Fällen. *Erwin Straus* (Berlin-Charlottenburg).

Zimmermann, E. L.: The treatment of tabetic optic atrophy. (Die Behandlung des Sehnervenschwundes bei Tabes.) Arch. of ophth. Bd. 54, Nr. 6, S. 545—565. 1925.

Der tabische Sehnervenschwund ist gegenüber dem auf gehirn-syphilitischer Grundlage entstandenen durch spezifische Behandlung viel weniger zu beeinflussen. Verf. ist bezüglich der verschiedenen Behandlungsarten sehr skeptisch und teilt den Optimismus von Fordyce keineswegs, der in der endolumbalen Salvarsanbehandlung das Allheilmittel erblickt. Nach des Verf. Ansicht soll man zwar stets einen Versuch mit endolumbaler Salvarsananwendung machen, wenn intravenöse Salvarsanbehandlung und Quecksilber nicht zum Ziele führen; doch berichtet er auch über Fälle, die trotz endolumbaler Behandlung ständig fortschritten, ja sogar sich blitzartig verschlimmerten. Im allgemeinen bieten Fälle mit ausgedehnten peripherischen Gesichtsfeldern eine weit bessere Vorhersage, als solche mit ausgesprochener Einengung jener. In allen Fällen, wo das Leiden, auch ohne Behandlung, rasch fortschreitet, scheinen intravenöse und intraspinale Salvarsaneinspritzungen geradezu verheerend zu wirken. Daher sind solche Kranke vor derartiger Behandlung zu warnen. Solchen traurigen Vorkommnissen vorzubeugen, gelingt nur durch wirksame Behandlung der Frühsyphilis und durch Aufdeckung aller Fälle von nicht Symptome machender Nervensyphilis vermittelst planmäßiger Liquoruntersuchungen. *Alfred Schreiber* (Hirschberg i/Schl.).

Stokes, John H., and Loren W. Shaffer: Clinical management and response of tabetic patient. (Klinische Behandlung der Tabiker und ihre Reaktion darauf.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 17, S. 1271—1275. 1925.

Statistische Übersicht über die Behandlungsergebnisse in 170 Fällen. Die Behandlung wurde im allgemeinen mit Arsphenamin, das zuweilen auch intralumbal gegeben wurde, und Hg-Präparaten durchgeführt. Die Erfahrungen der Verff. mit Bi-Präparaten sind noch zu spärlich, um Schlußfolgerungen zuzulassen. Während durch die spezifische Behandlung von 94 Fällen cerebrospinaler Lues 74,5% gute Resultate erzielt wurden, war bei den 170 Tabikern nur in 48,3% der Fälle eine Besserung hinsichtlich einzelner Symptome zu verzeichnen. Am ungünstigsten war im einzelnen das Ergebnis bei der Opticusatrophie; die Verff. glauben, daß der Prozeß durch das Arsphenamin zuweilen noch beschleunigt worden sei. Weniger als 25% Erfolge waren bei der Taubheit, der Atonie, den gastrischen Krisen, den Potenzstörungen, zwischen 25 und 50% bei den Blasenstörungen, Parästhesien, lanzinierenden Schmerzen und Sehschwäche zu verzeichnen. Die Gesamtzahl der Besserung stieg über 50% bei dem Ohrensausen, dem Gürtelgefühl, Schwindel, Augenmuskelstörungen und den Verdauungsstörungen. Der Vergleich der Prozentzahlen miteinander besagt allerdings nicht sehr viel, da die Gesamtzahlen hinsichtlich der einzelnen Symptome von 5 beim Ohrensausen bis zu 124 bei den lanzinierenden Schmerzen schwanken. Die besonders günstigen Resultate von mehr als 50% Erfolg betreffen alle die kleinen Gruppen von weniger als 25 Fällen; in den größeren Gruppen ist bei keiner 50% ganz erreicht worden. *Erwin Straus.*

Periphere Nerven:

Neuralgie, Kopfschmerz.

Pappenheim, Martin: Trigeminusneuralgie durch Druck der arteriosklerotisch veränderten Arteria basilaris auf den Trigeminusstamm. Wien. med. Wochenschr. Jg. 76, Nr. 3, S. 104. 1926.

Bei einer 62jährigen Frau mit starker Arteriosklerose entwickelte sich in $2^1/_2$ Jahren eine typische Trigeminusneuralgie im rechten 3. Ast. Nach Erfolglosigkeit der üblichen Behand-

Digitized by Google

lung Injektion von $1^1/_2$ ccm 80 proz. Alkohol in das Ganglion Gasseri, danach schmerzfrei. Nach 3 Wochen erlag die Patientin ihrem Marasmus. Die Sektion ergab, daß die hochgradig arteriosklerotische und geschlängelte Art. basilaris den Hauptstamm des Trigeminus unmittelbar vor seinem Austritt aus der Dura komprimiert. Außerdem drängte sich ein ebenfalls arteriosklerotischer Nebenast der Arterie zwischen die Bündel des Trigeminusstammes schlingenförmig hindurch. Als Folge der Alkoholinjektion finden sich im nekrotischen Gewebe des Ganglions die Reste eines Hämatoms, nur noch vereinzelte erhaltene Nervenfasern, nichts von Ganglienzellen. Also ein voller Erfolg der Alkoholinjektion bei einem durch mechanische Läsion veränderten Ganglion. (Ref. verfügt über ähnliche Beobachtungen.) *W. Alexander* (Berlin).

Rohrer: Zur Diagnose der dentalen Trigeminus-Neuralgie. Ges. d. Neurol. u. Psychiater, Groß-Hamburg, Sitzg. v. 27. XI. 1925.

Schmerzen, welche durch Erkrankungen im Zahnsystem bedingt sind und in Form von Trigeminusneuralgien auftreten, sind gar nicht selten. Als derartige Veränderungen sind bekannt: freiliegendes Dentin (Abrasio), Caries, Pulpitis und Periodontitis in ihren verschiedenen Erscheinungsformen, Paradentosen; also die öfters zur Beobachtung kommenden Zahnerkrankungen, welche mit den in der zahnärztlichen Praxis üblichen Untersuchungsmethoden relativ leicht diagnostiziert werden können. Zu letzteren gehört die Inspektion, Palpation (Zahnsonde), Perkussion und die thermische Untersuchung, abgesehen davon, daß auch die Anamnese wertvolle Aufschlüsse geben kann. Außer diesen relativ leicht diagnostizierbaren Fällen gibt es aber eine ganze Anzahl anderer ätiologischer Momente, welche mit den gewöhnlichen Untersuchungsmethoden nur unvollständig oder gar nicht erkannt werden können. Dazu gehören: überstehende Füllungen, versteckte Caries, Cariesrezidive, Wurzelreste, verlagerte Zähne, Wurzelgranulome, Zahncysten: für derartige Fälle leistet die Röntgenuntersuchung vollwertige Erkennungsmöglichkeit, wie im Lichtbild an einer Reihe von Fällen demonstriert wird. Eine besondere Feinheit der Röntgenuntersuchung ist der Nachweis von Dentikeln, worunter freie oder an der Wand des Wurzelkanals anhaftende, in der Zahnpulpa gelegene Kalkkonkremente zu verstehen sind; unter hyperämischen Verhältnissen, welche eine stärkere Transsudation in das Stroma der Pulpa zur Folge haben, werden die Dentikel gegen die in der Zahnpulpa verlaufenden Nervenfasern gepreßt, wodurch infolge des Druckes ein Schmerz ausgelöst wird. Im übrigen können Dentikel auch mit dem faradischen Strom nachgewiesen werden, indem solche Zähne auf die normale (für jeden einzelnen Menschen verschiedene und somit erst zu eruierende) Reizschwelle stärker reagieren als die entsprechenden Kontrollzähne; anschließend möge erwähnt sein, daß mit dem faradischen Strom überhaupt auch die Vitalität der Zahnpulpa nachgewiesen werden kann. Zuweilen werden Neuralgien auch durch Antrum-Empyeme ausgelöst, die außer mit den rhinologischen Untersuchungsmethoden auch röntgenologisch nachgewiesen werden können. Etwas schwieriger sind Fälle von Zahncysten im Antrum zu diagnostizieren, besonders wenn sie noch keine besondere Größe erreicht haben; für solche Fälle gibt Rohrer seine von der Mundhöhle aus vorzunehmende Punktionsmethode an. Es handelt sich also darum, bei dentalen Trigeminusneuralgien die feineren Untersuchungsmethoden, vor allem die Röntgenuntersuchung heranzuziehen.

Eigenbericht (durch *V. Kafka* [Hamburg]).

Sträussler, E.: Die Ischias und ihre Behandlung. Wien. med. Wochenschr. Jg. 76, Nr. 3, S. 113—114 u. Nr. 4, S. 130—133. 1926.

Nach Erörterungen über die Differentialdiagnostik der Ischias kommt Verf. zu dem Schluß, daß Ischias viel zu häufig diagnostiziert wird. Unter den ätiologischen Faktoren wird auch hier, wie gewöhnlich, die Gicht angeführt, was falsch ist. Mit Recht wird energisch dafür eingetreten, daß die akute Ischias mit strenger Ruhe zu behandeln und so fast stets ein Chronischwerden zu verhüten ist. Die angeführten Behandlungsmethoden sind die üblichen. Nach Abklingen des akuten Stadiums stellt Verf. die unblutige Nervendehnung an die erste Stelle, die zweckmäßig nach Alexander im Anschluß an die Kochsalzinjektion vorgenommen wird. Die Nervendehnung soll auch am besten Rezidive verhüten. Massage ist nur bei ganz bestimmten Fällen angezeigt. Wenn Erscheinungen vorliegen, die über das Gebiet des Ischiadicus hinausgehen, ist Wurzelneuralgie anzunehmen. In solchen Fällen finden sich Sensibilitätsstörungen in segmentärer Verteilung, der Schmerz ist mehr kontinuierlich, wird durch Husten gesteigert, Druckpunkte fehlen gewöhnlich. Auch ein abnormer Liquorbefund spricht vielfach für radikulären Sitz der Affektion. Große Bedeutung kommt der Injektionstherapie zu. Abweichend von anderen Autoren empfiehlt Verf. warme Kochsalzlösung und spritzt nur wenige Kubikzentimeter in den Nerven, den Rest in die Umgebung. Bei Wurzelneuralgie wird die epidurale Injektion empfohlen. In zahlreichen Fällen spielen psychische Momente bei der Entstehung, besonders aber bei der Fixierung

Digitized by Google

eine große Rolle; das sind vielfach die Fälle, bei denen infolge Verkennung der psychischen Quote die gewöhnliche Therapie versagt und vom Kenner (oder Kurpfuscher! Ref.) dann schlagartig Heilung erzielt wird. *W. Alexander* (Berlin).

Küster, Hermann: Neuralgie des Nervus ileoinguinalis nach Alexander-Adamsscher Operation. Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **50**, Nr. 4, S. 232—233. 1926.

Sofort nach der oben genannten Operation beim Aufwachen aus der Narkose bemerkte die Patientin Schmerzen in der Leistengegend und im Oberschenkel, die bei Anstrengungen sich erheblich steigerten. Bei der deswegen vorgenommenen Operation zeigte sich, daß der N. ileo-inguinalis mit dem Lig. rotundum verwachsen war, und daß eine in diesem verlaufende bleistiftstarke Vene auf den Nerven drückte. Nach Abpräparierung des Nerven war die Patientin beschwerdefrei. Offenbar schwoll der Varixknoten bei Anstrengungen an und bewirkte so einen starken Druck auf den Nerven. Es sollten in Zukunft Varicen im Lig. rotundum bei der Alexander-Adamsschen Operation auf alle Fälle reseziert werden. *W. Alexander* (Berlin).

Gutheil, Emil: Analyse eines Falles von Migräne. Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychanalyse Bd. **2**, S. 104—126. 1926.

Nach dem Grundatz, daß „die Migräne ein parapathischer Ausdruck des Kampfes ist, den das Moral-Ich des Kranken mit dem Trieb-Ich und dessen antisozialen und antimoralischen Tendenzen führt", hat Gutheil einen Fall von Migräne bei einer 32jährigen Frau analysiert. Er findet drei Anfallstypen, nämlich 1. Anfälle, in denen die aus dem Elektrakomplex entspringende Sexualströmung versickert; 2. Anfälle als Selbstbestrafung, wobei sich die Kranke mit jenem Objekt identifiziert, gegen welches sich unterbewußte, kriminelle Impulse gekehrt haben; 3. Anfälle zur Abreaktion homosexueller Ideen. *Stier* (Charlottenburg).

Béhague et Dufourmentel: Les troubles douloureux en rapport avec les sinusites frustes. (Die schmerzhaften Störungen in Beziehung zu den „Formes frustes" der Sinusitis.) (*Soc. de neurol., Paris, 3. XII. 1925.*) Rev. neurol. Jg. **32**, Bd. **2**, Nr. 6, S. 753—756. 1925.

Fälle von akutem oder chronischem Hinterkopfschmerz, die mit einer Sphenoiditis zusammenhängen, sind sehr häufig. Die schmerzhaften Störungen, welche Entzündungen der vorderen Sinus entsprechen, sind gleichfalls sehr häufig, sie zeigen aber gewöhnlich den Typus von kontinuierlichen, schlecht lokalisierten Schmerzen mit längeren Exacerbationen, die zu bestimmter Stunde, z. B. beim Erwachen, auftreten. Die sogenannte „essentielle Neuralgie" ist viel seltener, kommt aber vor. Die Schmerzen naso-sinusalen Ursprungs rühren von verhältnismäßig gutartigen Läsionen her. Es handelt sich nicht um eitrige, sondern um obliterierende Sinusitis. Die Mucosa ist hypertrophisch. Starke entzündliche Zeichen fehlen. Immerhin sind starke Komplikationen möglich. Sinusitiden, die sich bei der Untersuchung durch kein Symptom verraten, gibt es nicht. Findet man bei der Untersuchung einen gesunden Sinus, so hat man kein Recht, ihn einer Trepanation zu unterziehen. *Kurt Mendel.*

Periphere Nervenlähmung, Neuritis, Herpes zoster, Nerventumoren:

Uarov, S.: Versuch einer Jonentherapie der Facialislähmung. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 973 bis 980. 1925. (Russisch.)

Die Dauer der elektrogalvanischen Sitzung bei Prosoplegie geben die älteren Neuropathologen 2—3 Minuten, die Stromstärke 1—3 Milliampere an. Die neueren Elektrotherapeuten ziehen längere Sitzungen und stärkere Ströme vor, z. B. Chirtz spricht sogar von 300 MA. und 45 Min., die Mehrzahl begnügt sich mit 20—30 MA. und 20 bis 30 Min. Besprechung von 70 Fällen, wo nach dieser Methode gleichzeitig Jodkali durch Jonotherapie eingeführt wurde. Die Technik ist folgende: die Kathode — am besten die trifaciale Bergonie sche Elektrode — wird der gelähmten Gesichtsseite angelegt bei vorangehender Durchtränkung des Elektrodenpolsters und des in den Ohrgang hineingebrachten Wattebausches mit einer 2 proz. Jodkalilösung; die 250 qcm große indifferente Anode kommt auf die kontralaterale Oberarmgegend. Beginn der elektrischen Behandlung schon in den ersten Krankheitstagen, Applikation in akuten Fällen täglich, in chro-

Digitized by Google

nischen jeden zweiten Tag. Der Verlauf soll etwas günstiger ausfallen als sonst, sowohl bei rheumatischer als postoperartiver Lähmung, Spätcontracturen lassen sich jedoch auch bei dieser Methode nicht vermeiden. *Higier* (Warschau).

Casella, Benedetto: Sindrome degli ultimi quattro nervi cranici associata a lesione del facciale. (Syndrom der vier letzten Hirnnerven, verbunden mit Ausfall des Facialis.) (*Turno otolaringol., arcispedale di S. M. Nuova, Firenze.*) Ann. di laringol., otol., rinol., faringol. Jg. **1**, Nr. 4/6, S. 169—182. 1925.

Der beobachtete Fall bot klinisch das Bild einer peripheren Läsion des Facialis und des 9. bis 12. Gehirnnervens. Die Ursache des Syndroms ist ein röntgenologisch an der Schädelbasis dicht vor dem Foramen jugulare nachgewiesener Granatsplitter. *Hans Strauss.*

Jacobson, S. A.: Die Schußverletzungen der peripheren Nerven und ihre chirurgische Behandlung. (*Chir.-propädeut. Klin., med. Inst., Univ., Moskau.*) Arch. f. klin. Chir. Bd. **137**, H. 2, S. 265—276. 1925.

34 fast durchwegs alte (2 Monate bis gegen 3 Jahre), im Bürgerkrieg erlittene Nervenschußverletzungen, die infolge der Nahwirkung der Geschosse sehr oft mit Knochenverletzungen verbunden waren. Bei langwierigen Kausalgien oder Neuralgien wurden Alkoholinjektionen in den verletzten Nerv oberhalb der Verletzungsstelle wiederholt mit gutem Erfolg angewendet. Die Isolierung des Nerven erfolgt zweckmäßig unter Verwendung der unversehrt anliegenden Muskeln als Deckung und damit Schutz vor Druck und soweit als möglich vor der Entwicklung sekundärer Narbenbeeinflussung. Die Spätoperationen der verletzten Nerven führten in der Mehrzahl der Fälle zu objektiver und subjektiver Besserung, hatten jedenfalls keine Verschlechterung zur Folge. *G. Stiefler* (Linz).

Bovy, Jos.: Au sujet d'un cas de paralysie du nerf sciatique poplité externe. (Ein Fall von Peroneuslähmung.) Ann. de la soc. méd.-chir. de Liège Jg. **59**, Juni-H., S. 38—41. 1925.

Ein 63jähriger Mann erlitt durch Unfall Frakturen beider Unterschenkel und eine Luxation des rechten Hüftgelenkes. Einige Tage nach der Einrenkung bemerkte man eine Peroneuslähmung. Verf. weist nach, daß die Lähmung bei der Einrenkung durch Schädigung der IV. und V. Lumbalwurzel entstanden ist. Erst nach Ablauf eines Jahres setzte die Rückbildung der Lähmung ein. *Max Grünthal* (Berlin).

Rabinowitsch, J.: Über Wurzelneuritis. Vračebnoe delo Jg. **1925**, Nr. 15/17, S. 1123 bis 1130. 1925. (Russisch.)

Verf. kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu dem Ergebnis, daß sich die Wurzelneuritis von der peripheren Polyneuritis durch den Typus der Sensibilitätsstörung unterscheide; sie ist bei der Wurzelneuritis in der Regel doppelseitig, aber nicht symmetrisch. Am häufigsten sind bei der Wurzelneuritis die unteren Extremitäten befallen, während die oberen Extremitäten nur selten, und dann nur einseitig betroffen sind. Die Atrophie ist häufig stärker als die Parese. Die Sehnenreflexe können fehlen, sind aber auch häufig gesteigert, 30—40% der Fälle weisen Pyramidenbahnausfallserscheinungen auf. Die trophischen Störungen sind seltener als bei peripheren Neuritien. Häufig ist der Verlauf remittierend und progredient. Die Ursache der Wurzelneuritis ist eine akute Infektionskrankheit. Die Wurzelneuritis kann sofort nach der Infektion, aber auch nach Monaten, oder auch nach Jahren entstehen; in letzterem Fall kann sie durch ein Trauma oder eine neue Infektion ausgelöst werden. Das anatomische Substrat ist eine subakute oder chronische Meningitis.

Wolpert (Berlin-Schlachtensee).

Thomas, André, et H. Rendu: Sur un syndrome caractérisé par une diplégie faciale et des signes de polynévrite, hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien. Ses rapports possibles avec l'encéphalite épidémique. (Doppelseitige Facialislähmung und Polyneuritis, Eiweißvermehrung im Liquor. Mögliche Beziehungen zur epidemischen Encephalitis.) (*Soc. de neurol., Paris, 3. XII. 1925.*) Rev. neurol. Jg. **32**, Bd. **2**, Nr. 6, S. 758—762. 1925.

24jähriges Mädchen, akut erkrankt mit Müdigkeit, Kopfschmerz, Erbrechen, Obstipation, später doppelseitige Facialislähmung, Parästhesien, Schluckstörungen. Geringe Temperatur-

Digitized by Google

steigerungen. Später: Lähmung sämtlicher Gliedmaßen mit Reflexverlust, Druckschmerz, sehr geringen objektiven Sensibilitätsstörungen, Nackensteifigkeit, im Liquor starke Eiweißvermehrung (2‰) bei fehlender Zellvermehrung und fehlender Zuckervermehrung. Benzoëreaktion positiv. Entartungsreaktion im Facialis, im übrigen Heilungstendenz. Akkommodationsstörung wird vermerkt. Verff. denken mit Reserve an atypische epidemische Encephalitis und zitieren ähnlich verlaufende Fälle von Holmes. — Aussprache: Sicard warnt wegen der Eiweiß-Zelldissoziation im Liquor solche Fälle, die er auch gesehen hat, der Encephalitis anzugliedern; bei den encephalitischen Neuritiden, die von Parkinsonismus gefolgt werden, findet man nicht die starke Eiweißvermehrung im Liquor. — Monier-Vinard sah in einem ähnlichen Fall eine nichtentzündliche Anschwellung der Parotis; Mumps auszuschließen. — Baboneix denkt bei dem vorgestellten Fall an Heine-Medin. — Massary: Die Eiweißvermehrung im Liquor gestattet nicht peripherische Neuritis auszuschließen. — Barré hat ähnliche Fälle als Polyradiculitis beschrieben. — Vincent schlägt vor, solche Fälle als zentrale Neuritiden bzw. Neuritis mit Liquorhyperalbuminose abzutrennen. — Mestrezat: Die Eiweißvermehrung im Liquor ist ein Index für zentrale Läsionen. *F. Stern.*

Beretervide, Enrique, und Fernando Pozzo: Emetinpolyneuritis. (*Clin. méd., univ., Buenos Aires.*) Semana méd. Jg. **32**, Nr. 48, S. 1366—1367. 1925. (Spanisch.)

2½jähriges Kind wird wegen Amöbenruhr mit Emetinum hydrochloricum in steigenden Dosen behandelt. Nach 18tägiger Behandlung bricht eine Polyneuritis aus, die nach Aussetzen des Mittels in etwa einem Monat heilt. Eine später von neuem eingeleitete Emetinbehandlung (0,01 mg pro die, 6 Injektionen) mit nachfolgender Yatrenbehandlung wird anstandslos vertragen und führt zu vollständiger Heilung der Darmerkrankung. *Reich.*

Kowarskaja, S.: Über Komplikation des Herpes corneae durch eine Läsion des Nervus sympathicus cervicalis. Russkij oftalmologičeskij žurnal Bd. **4**, Nr. 5, S. 492—497. 1925. (Russisch.)

Beschreibung eines Falles von Herpes corneae. Die 30jährige Kranke wies Symptome auf, die auf eine Erkrankung des linksseitigen Halssympathicus hindeuteten. *Wolpert* (Berlin).

Szathmáry, Sebestyén: Herpes zoster im Anschluß an luische Erkrankung des Ganglion Gasseri. Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 41, S. 983—984. 1925. (Ungarisch.)

53jähriger Tabiker erkrankt im Anschluß an eine Influenza an einem charakteristischen Herpes zoster der linken Gesichtshälfte; Tod infolge einer subduralen Blutung. Mikroskopisch neben tabischen Veränderungen im auch makroskopisch veränderten linken Ganglion Gasseri diffuse luische Veränderung mit Gummenbildung; keine Anzeichen einer vorangegangenen akuten Erkrankung des Ganglion, auch keine Anzeichen einer Encephalitis. Verf. bringt die luische Ganglionerkrankung mit dem Herpes in ursächlichen Zusammenhang; eventueller Einfluß der vorangegangenen Influenza wird nicht in Betracht gezogen. *Karl Hudovernig.*

Blank, E.: Herpes zoster nach Behandlung mit Analgit. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 52, S. 2151. 1925.

Klingehöffer hatte über 2 Fälle berichtet, in denen bei Behandlung von rheumatischen und neuralgischen Beschwerden des Brustkorbes mit Analgit ein Herpes zoster aufgetreten sei. Verf. glaubt nun, daß die Schmerzen, die zur Behandlung mit Analgit Anlaß gaben und der Herpeseruption einige Tage vorangingen, schon als Initialsymptome der schon vorhandenen Gürtelrose anzusehen sind und daß der Herpes zoster demnach nicht infolge der Analgiteinreibung eingetreten ist. Verf. behandelt den Herpes zoster erfolgreich mit Analgit II und erreicht durch die Analgithyperämie eine Linderung der Schmerzen. *Kurt Mendel.*

Blanton, Wyndham B.: Herpes zoster simulating nephrolithiasis. (Herpes zoster unter dem Bilde einer Nephrolithiasis.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 23, S. 1811. 1925.

Ein Herpes zoster in Höhe der 10. Rippe linkerseits ließ vor Auftreten des Bläschenausschlages um so mehr an eine Nierenaffektion denken, als im Urin der 52jährigen Frau rote Blutkörperchen gefunden wurden. Die Cystoskopie und das Pyelogramm ließen eine Nephrolithiasis ausschließen. *Pette* (Hamburg).

Remlinger, P., et J. Bailly: Sur un virus herpétique marocain. (Über ein marokkanisches Herpesvirus.) (*Inst. Pasteur, Tanger.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 29, S. 908—910. 1925.

Nach intracerebraler Impfung des Inhalts von Herpes labialis eines Marokkaners starben die ersten Tiere nach 5—6 Tagen an einer klassischen Encephalitis herpetica, nach Passagen schon am 3. Tage. Auch durch cutane, intracutane, subcutane, intravenöse, intraperitoneale, intralinguale, intratesticuläre Injektionen, nasale, conjunctivale Instilla-

Digitized by Google

tionen, auf den Verdauungswegen konnte die Krankheit erzeugt werden. Bei Kaninchen und Meerschweinchen brachte die Impfung der Hornhaut Keratitis, die im allgemeinen von tödlicher Encephalitis gefolgt war. Das Virus war mehr neurotrop als dermotrop. Der Tod erfolgt unter den Erscheinungen einer klassischen Encephalitis, häufiger nach dem Landryschen Typus. In den akuten Fällen findet man intensive Leukocytose; die Polynucleären erreichen 75%; bei den langsam mit Lähmung verlaufenden Fällen findet man Leukopenie und Mononucleose, Albuminurie, weiße Diarrhöe mit Schleim und Membranen. Bei der Autopsie zeigt sich das Gehirn mit zunehmenden Passagen gerötet. Das Virus findet sich in allen Teilen des Zentralnervensystems. *E. Paschen* (Hamburg).

Legoff: Au sujet de l'actinothérapie dans le zona. (Aktinotherapie bei Herpes zoster.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de France Jg. **13**, Nr. 124, S. 233 bis 234. 1925.

Die Ultravioletts trahlen können in einigen Sitzungen bei gewissen Fällen von Herpes zoster die nach Schwinden des Ausschlages auftretenden Schmerzen zum Verschwinden bringen. Beim Zoster ophthalmicus wird die Gassersche Gegend bestrahlt, sonst werden die Wurzeln bestrahlt. Zuweilen geht der Beruhigung eine Verschlimmerung voraus. *Kurt Mendel.*

Sympathisches System und Vagus:

Kanno, E.: Über Sklerodermie. (*Dermato.-urol. Univ.-Klin., Tokyo.*) Japan. journ. of dermatol. a. urol. Bd. **25**, Nr. 11, S. 903—949 u. dtsch. Zusammenfassung S. 111—113. 1925. (Japanisch.)

Auf Grundlage von 3 Fällen von universaler und von 6 mit circumscripter Sklerodermie, die klinisch, histologisch und röntgenologisch untersucht sind, unterscheidet Verf. 2 Formen: a) Scleroderma universalis, mitunter von Sklerodaktylie begleitet, b) Scleroderma circumscripta mit den Untergruppen der S. en bande, S. en plaque und der keloidähnlichen S. Bei ersterer finden sich als prodromale Symptome Menstruationsstörungen, bei letzterer nicht. Heredität und Beziehung zu Tuberkulose und Syphilis sind bei beiden Formen schwer nachzuweisen. Während der klinische Hautbefund in beiden Formen einige Verschiedenheiten aufweist, können sie durch den histologischen Befund nicht voneinander unterschieden werden. Bemerkenswert ist, daß sich bei der universellen S. Eosinophilie (bis 17%) findet, bei der circumscripten aber nicht; bei ersterer ist im Röntgenbilde der Türkensattel relativ seicht (Veränderung der Hypophyse?), bei letzterer normal. Während bei der Circumscripta pharmakodynamische und symptomatische Untersuchungen des vegetativen Systems normalen Befund ergeben, findet sich bei der Universalis das Bild der Vagotonie (gegen Adrenalin normal, gegen Pilokarpin stark reagierend, Aschnersches Bulbusphänomen wie respiratorische Arhythmie und auch roter Dermographismus deutlich positiv). *G. Stiefler.*

Russi, F.: Contributo clinico allo studio della sclerodermia. (Klinischer Beitrag zur Sklerodermieforschung.) (*Osp. Umberto I., Ancona.*) Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **46**, Nr. 10, S. 221—223. 1925.

Pat. G. N., 67jährig, Anamnese negativ, hat nur an Impotentia congenita gelitten. Im 50. Lebensjahr Sprödigkeit der Haut der Hände, Unmut und Asthenie, 12 Jahre später 1 Monat lang Leibschmerzen, Diarrhöekrisen, Asthenie höchsten Grades, Erbrechen, Erscheinen brauner Flecken auf der Haut und Erschwerung der Bewegungen des 4. und 5. Fingers links, die nach und nach sich auf die anderen Finger und dann auf die unteren Gliedmaßen erstrecken. Untersuchung ergab: Braunfärbung der Haut und Schleimhäute mit Bildung von dunklen, getreidekorn- bis fünfmarkstückgroßen Flecken auf Leib und Brust, Gynäkomastie, Sklerodermie der Hände und der Füße mit Atrophie der Muskeln der Hand und des linken Armes, der Fuß- und Beinmuskeln. Reflexe und Sensibilität normal. Radiographisch: Sella normal, doch mit Verkalkung der Hypophyse. Verf. glaubt, aus der Untersuchung eine „pluriglanduläre Insuffizienz und Sklerodermie der Glieder" diagnostizieren zu dürfen. Eine polyglanduläre Therapie ergab keinen Erfolg. *Enderle* (Rom).

Leyser, Edgar: Zur Pathogenese der akralen Haut- und Nervenerkrankungen. (*Klin. f. psychische u. nerv. Krankh., Univ. Gießen.*) Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. **60**, H. 2, S. 117—124. 1925.

Bei einem 46jährigen Mann entwickelt sich im Verlauf von 9 Jahren im Anschluß an den Kriegsdienst eine zuerst einseitige Rötung und Schwellung der Haut der rechten Hand und

Digitized by Google

des rechten Unterarms, die dann auf den linken Ellenbogen übergreift. Sensibilitätsstörung für alle Qualitäten genau entsprechend den veränderten Hautgebieten. Die Hautveränderung besteht in einem nebeneinander entzündlicher und atrophischer Vorgänge. Die Haut ist dünn und knittrig, blaurot verfärbt, an anderen Stellen finden sich knotige Efflorescenzen, besonders am Olecranon, an der Ulnakante und am Hand- und den Fingerrücken. Ferner eine Knochenveränderung am Condylus lateralis humeri.

Da Syringomyelie ausgeschlossen werden kann, wird eine Akroasphyxia chronica hypertrophica (Cassirer) angenommen. Die Sensibilitätsstörungen sind aller Wahrscheinlichkeit nach psychogen. Es ist auch beim Zustandekommen der Hautveränderung an psychogene Einflüsse zu denken. Auszuschließen wäre nur, daß die Sensibilitätsstörungen sich erst unter dem Einfluß der wiederholten nervenärztlichen Untersuchungen, bei denen stets auf Syringomyelie gefahndet wurde, bei einem psychisch-labilen Manne entstanden sind. Auch Rothfeld hat bei einem Falle von Akroasphyxie an psychogene Einflüsse gedacht; auch die in 10% der Fälle von Akrodermatitis festgestellte Abhängigkeit von äußeren Verletzungen ist vielleicht in ähnlicher Richtung zu verwerten. *Erich Guttmann* (München).

Stoffwechsel und endokrine Drüsen:

Allgemeines über innere Sekretion:

Prior, G. P. U.: The endocrine and mental disorders. (Das endokrine System und Geistesstörungen.) Med. journ. of Australia Bd. 2, Nr. 18, S. 524—532. 1925. Zusammenstellung der bekannten Tatsachen des Gebiets mit besonderer kritischer Berücksichtigung der Therapie. Nichts Neues. *Erich Guttmann* (München).

Leschke, Erich, und Hans Ullmann: Pigmentation und endokrine Dystrophie. (*II. med. Klin., Charité, Berlin.*) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 102, H. 4/5, S. 388—411. 1925.

In der vorliegenden Arbeit werden die Beziehungen zwischen Pigmentanomalien auf der einen, Störungen im endokrinen und Nervensystem auf der andern Seite eingehend beschrieben. An der Hand von 9 ausführlich dargestellten Fällen, darunter 6 eigenen, wird zunächst das von Leschke formulierte Syndrom der „Dystrophia pigmentosa" umrissen; seine Symptome sind: „Zurückbleiben im Wachstum mit körperlichem und psychischem Infantilismus, zunehmende Pigmentation in Form von Epheliden, Naevis, zum Teil auch milchkaffeebraunen Flecken, die meist schon im 1. Lebensjahrzehnt auftreten, kombiniert mit verschiedenen innersekretorischen Störungen, besonders in Form von Genitaldystrophie, Fettsucht (namentlich vom hypophysären Typ.), Dysfunktion der Nebennieren (Adynamie, Blutdruckerniedrigung, Hyperglykämie, veränderte Zuckertoleranz, erhöhte Ermüdbarkeit), Änderungen im Gleichgewichtszustand des vegetativen Nervensystems, die sich sowohl in erhöhter Erregbarkeit des sympathischen, wie des parasympathischen Anteils äußern können. Endlich Abweichungen des Kohlenhydrat-, Wasser- und Salzstoffwechsels.". Daneben findet sich öfter Opticusatrophie und eunuchoider oder hypophysärer Hochwuchs. Der Dystr. pigm. nahe verwandt sind die Recklinghausensche Krankheit und die Retinitis pigmentosa, die in bemerkenswert großer Zahl gleiche Symptome aufweisen, zwischen denen wiederum die verschiedenartigsten Kombinationen beobachtet werden. In dieselbe, durch Pigmentanomalien ausgezeichnete Gruppe, als deren gemeinsame Wurzel eine „idiotypische Abartung der Keimanlage" angesehen wird, rechnen die Autoren die tuberöse Hirnsklerose. Im Anschluß an P. Schuster beschreiben L. und Ullmann 3 Formen von Hautveränderungen: naevusartige Pigmentationen, Adenoma sebaceum (Pringle, Barlow-Kothe) und Neurofibrome. Zum Kapitel „(Sympathisches) Nervensystem und Pigmentation" wird ein bemerkenswerter Fall beigesteuert, bei dem im Anschluß an eine Druckschädigung des Plexus brachialis in der Achselhöhle durch ein orthopädisches Korsett eine symmetrische Pigmentation an beiden Händen und Vorderarmen aufgetreten ist. Ausführliche Angaben über auf innersekretorische Störungen zu beziehende Pigmentverschiedungen bei manchen Fällen

Digitized by Google

von Schwangerschaft, Klimakterium, Menstruation, Basedow, Diabète broncé und perniziöser Anämie bilden den Beschluß der Arbeit. *Pinéas* (Berlin).

Ratner, Jakob: Die Entwicklungsstörung der oberen lateralen Schneidezähne und ihr klinisch-neurologischer Wert. (*Endokrinol. Abt., pathol.-reflexol. Inst., Leningrad.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **100**, H. 1, S. 75—80. 1925.

Fehlen oder Veränderungen (Verkümmerungen) der oberen lateralen Schneidezähne sowie falsche Stellung dieser Zähne im Oberkiefer sind ein Stigma degenerationis schweren Grades, welches mit anderen Zeichen von Entartung, wie Sterilität, Libidomangel, Epilepsie, Geisteskrankheiten, verschiedenen endokrinen Störungen, degenerativem, weißem Blutbild usw. vergesellschaftet ist. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Entwicklungsstörung der oberen lateralen Schneidezähne und Hypogenitalismus; beinahe gesetzmäßig ist die Verbindung dieses Stigmas mit eunuchoidem Habitus, heterosexuellem Behaarungstypus, sexueller Frigidität, Sterilität und auch groben morphologischen Entwicklungsstörungen der Genitalien. Auch sind spasmophile Symptome häufig. Der Wirkungsmechanismus des Hypogenitalismus auf die Entwicklungsstörung der Incis. later. sup. geht wahrscheinlich über die Hypophyse; denn vieles weist auf die Störung der Hypophysenfunktion auch in Verf.s Fällen hin. Therapeutisch sind Ovarial- und Hypophysentabletten zu versuchen. *Kurt Mendel.*

Mittelmann, Dénes: Heilung einer mit Myokarditis komplizierten polyglandulären Insuffizienz nach Substitutionstherapie. Gyógyászat Jg. **65**, Nr. 50, S. 1122—1124. 1925. (Ungarisch.)

Kasuistik eines sehr seltenen und interessanten Falles. Hormogland T. O. S. H. Richter (Thyreoidea, Ovarium, Suprarenin, Hypophyse) wurde mit einem sehr guten Erfolg angewandt. *Klauber* (Budapest).

Hypophyse, Epiphyse, Diabetes insipidus:

Pines, I.-L.: Über die Innervation der Hypophysis cerebri. II. Mitt. Über die Innervation des Mittel- und Hinterlappens der Hypophyse. (*Inst. f. Hirnforsch., Leningrad.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **100**, H. 1, S. 123—138. 1925.

Pines findet im Zwischen- und Hinterlappen zahlreiche Nervenfasern, die aus dem Nucleus supraopticus entspringen und die in Form eines geschlossenen Bündels — Fasciculus hypophyseus — durch den Stiel in den Hinterlappen eindringen. Nervenzellen sind im Hinterlappen nicht nachzuweisen. (I. vgl. dies. Zentrlbl. **43**, 198.)

Josephy (Hamburg).

Molitor, H., und E. Pick: Über zentrale Regulation des Wasserwechsels. I. Mitt.: Der Einfluß des Großhirns auf die Pituitrinhemmung. (*Pharmakol. Inst., Univ. Wien.*) Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. **107**, H. 3/4, S. 180—184. 1925.

Verfasser haben früher gezeigt, daß am Hund Hypophysenextrakte im akuten Versuch eine Hemmung der Wasserdiurese bewirken, während andere Untersucher keine Hemmung, sondern sogar eine Förderung der Diurese gefunden hatten. Verfasser fanden nun, daß es die Paraldehydnarkose ist, die die Pitruitrinhemmung aufhebt. Die Diuresehemmung war stets an Menschen und Tieren in wachem Zustand beobachtet worden. Daß es tatsächlich die Ausschaltung des Großhirns durch die Narkose ist, die diese Wirkung hervorruft, geht daraus hervor, daß auch durch eine operative Entfernung des Großhirns dieselbe Wirkung hervorgerufen werden kann.

Erich Guttmann (München).

Weygandt, Wilh.: Beitrag zur Lehre von den Hypophysen-Störungen. (*Psychiatr. Univ.-Klin., Hamburg.*) Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 652—658. 1925.

Kasuistische Beiträge zur Kenntnis hypophysärer Störungen im jugendlichen Alter. Im einzelnen sind die Symptome der beiden beschriebenen Fälle sehr verschiedenartige.

Maas (Berlin).

Favaloro, Giuseppe: Contributo clinico e radiologico allo studio delle sindromi oculari gravi di origine paraipofisaria ed ipofisaria, con particolare riguardo alla röntgen-

Digitized by Google

terapia. (Klinisch-radiologischer Beitrag zum Studium der schweren Augensymptome parahypophysären und hypophysären Ursprungs, mit besonderer Berücksichtigung der Röntgentherapie.) (*Clin. oculist., univ., Catania.*) Ann. di ottalmol. e clin. oculist. Jg. **53**, H. 10, S. 945—973 u. H. 11. S. 1041—1060. 1925.

Aus dem Studium von 11, Augensymptome aufweisenden, an hypophysären Erkrankungen leidenden Patienten und aus der kritischen Wertung der ähnlichen, in der Literatur veröffentlichten Fälle, folgert der Verf., daß die chiasmatischen Syndrome und die entsprechenden Veränderungen der Sella turcica nicht immer nur durch Tumoren der Hypophyse, sondern zum guten Teile durch verschiedenartige extrahypophysäre Erkrankungen (Hydrocephalus, Gehirngeschwülste, Geschwülste und Granulome der Sella usw.) bedingt sind. Die Kompression des Chiasma kann direkt durch eine Zunahme der hypophysären Masse ausgeübt werden, oder indirekt durch die normale Hypophyse, durch Übertragung eines, durch irgendeinen sellaren oder parasellaren Tumor auf sie ausgeübten Druckes, oder endlich ohne irgendeine Beteiligung der Hypophyse (Hydrocephalus internus, suprahypophysäre Geschwülste). Die direkte Kompression von seiten der Hypophyse kommt anfangs hauptsächlich von dem Tuber cinereum. Zweifellos klinisch feststellbar sind chiasmatische Syndrome ohne jedes hypophysäre Anzeichen, und das Bestehen anderer solcher Syndrome mit seltenen und sekundären hypophysären Symptomen (Übergangssyndrom). Klinisch feststellbar sind auch einige seltene Formen von Sehstörungen, die den chiasmatischen Syndromen völlig gleichen, aber negativen radiographischen kraniellen Befund und negative allgemeine klinische Symptome zeigen (chiasmatische idiopathische Syndrome). Die Veränderungen des Visus und des Gesichtsfeldes sind außerordentlich verschieden; die klassische Hemianopsie erscheint nur in der zweiten Periode der Krankheit; indem oft erst der obere Quadrant des Gesichtsfeldes vor dem unteren und dem inneren geschädigt wird. Die Schwere und Schnelligkeit, mit welcher sich die Sehstörungen ausbilden, steht nicht nur im Verhältnis zur Dauer des hypophysären und parahypophysären Prozesses, sondern auch zu seiner Natur und zur Art seines Auftretens, und ist durch das evtl. gleichzeitige Bestehen entzündlicher und atrophischer Prozesse anderen Ursprungs (Lues) erschwert. Die funktionellen und anatomischen Schädigungen der optischen Fasern entsprechen drei Perioden der chiasmatischen Kompression. In der ersten Periode fände man leichte Schädigungen der Nervenleitung wegen mechanischer Unterbrechung der optischen Fasern, aber mit vollkommener anatomischer Unversehrtheit derselben; in der zweiten Periode würde ein leichtes Anfangsstadium von Hypertrophie mit Erschwerung der primitiven funktionellen Störungen folgen; in der dritten fände man eine mehr oder weniger totale und unheilbare Atrophie der optischen Fasern, mit mehr oder weniger schwerer Einbuße der Sehkraft bis zur vollkommenen Blindheit. Außerordentlich schwer ist oft die Diagnose des Sitzes der endosellaren und extrasellaren Tumoren; besondere Bedeutung besitzt in diesen Fällen das Bestehen oder Fehlen eines endokraniellen Überdrucksyndromes (besonders der Stauungspapille), welches Syndrom in den meisten Fällen für einen extrasellaren Tumor oder für einen endosellaren Tumor mit extrasellarer rascher Entwicklung spricht. Auch das rasche Erscheinen eines chiasmatischen Syndroms spräche für einen Tumor der hypophysären Region mit raschem Verlauf. Die Röntgentherapie (oder Radiumtherapie, oder die gemischte Radium-Röntgenmethode) wirkt mehr oder weniger günstig und andauernd in einem Teil der Fälle von ophthalmischen Syndromen durch chiasmatische Kompression, während sie in einer großen Anzahl von Fällen ohne alle Wirkung bleibt oder nur eine vorübergehende Besserung bringt. Sie ist somit in den chiasmatischen Syndromen, wegen ihrer möglichen Wirksamkeit und verhältnismäßigen Ungefährlichkeit, die therapeutische Vorzugsmethode, vorausgesetzt, daß die Behandlung zur richtigen Zeit begonnen werde, d. h. wenn die optischen Fasern noch fähig sind, wenigstens teilweise die verlorene Funktion wiederzuerlangen. Jedenfalls ist die Röntgentherapie die einzige etwas wirksame Palliativkur, die uns heute zur Verfügung steht. *Enderle.*

Digitized by Google

Riese, Walther: Über Persönlichkeitsmerkmale hypophysär-Fettsüchtiger. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. **59**, H. 5/6, S. 240—255. 1925.

Auf Grund der Selbstschilderungen und der objektiven Beobachtungen eines Falles von Dystrophia adiposo-genitalis kommt Verf. zu dem Schlusse, daß „Hypophysenkranke gutmütige, geduldige, nachsichtige, fügsame, schwer entschlußfähige, selbstunsichere, gegen körperliche und seelische Schmerzen ungewöhnlich tolerante Naturen" sind. *V. Kafka* (Hamburg).

Smirnov, L.: Zur pathologischen Anatomie der Dystrophia adiposo-genitalis. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884 bis 1924, S. 533—543. 1925. (Russisch.)

Der Fall von Akromegalie und Dystrophia adiposogenitalis ist leider klinisch nicht untersucht worden, da die Kranke nach 4stündigem Spitalaufenthalt einer schweren doppelseitigen Pneumonie erlag. Autopsie: Malignes eosinophiles Adenom am Hypophysenvorderlappen, teilweise sklerosiert, Atrophie des Hypophysenhinterlappens, interstitielle Struma der Schilddrüse, Sklerose der Ovarien, Atrophie der Geschlechtsorgane, hyperplastische Osteoporose der Schädelknochen, Volumvergrößerung sämtlicher cyanotisch gefärbter, interstitiell sklerotischer innerer Organe, Hyperplasie des Unterhautzellgewebes, Hypertrichose, allgemeine Adipositas, Hypertrophie und Dilatation des Herzens, Degeneration des Myokards, Hepatitis und Pankreatitis. Der Fall bestätigt die Theorie von Laignel-Lavastine vom Einfluß der Neurohypophyse auf die Hypophysensekretion, erklärt die Pathogenese mancher adiposogenitalen Varietäten und weist auf die wichtige Rolle der Schilddrüse hin. *Higier.*

Invernizzi, Giuseppe: Contributo allo studio della „sindrome acromegalica". (Beitrag zum Studium des akromegalen Syndroms.) (*Osp. magg., Bergamo.*) Endocrinol. e patol. costituz. Jg. **3**, H. 1/3, S. 59—74. 1925.

Bericht über die klinischen Erscheinungen bei einem Fall von Akromegalie im Gefolge eines Tumors des Hypophysenvorderlappens. Anschließend gibt Invernizi eine anschauliche Übersicht über den gegenwärtigen Stand der Frage der Akromegalie, ohne etwas prinzipiell Neues zu bringen. *E. Gamper* (Innsbruck).

Kostić, D.: Über drei Fälle von Hypophysentumoren operiert auf transphenoidalem Wege. Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. **27**, Nr. 7, S. 337—344. 1925. (Serbisch.)

In zwei Fällen besserten sich Sehvermögen und Kopfschmerz bedeutend. Im dritten Falle fand sich bei der Obduktion ein pontocerebellarer Tumor, der offenbar durch den sekundär entstandenen Hydroceph. der III. Kammer die Symptome eines sellaren Tumors vortäuschte. Die Technik nach Cusching wird der Hirschschen vorgezogen, ihrer Einfachheit halber; die Anwendung der Lokalanästhesie als großer Fortschritt bezeichnet. *Rosner* (Zagreb).

Broussilovski, L.: Gomme hypophysaire sans signes cliniques. (Gumma der Hypophyse ohne klinische Zeichen.) (*Clin. des maladies nerv., univ., Moscou.*) Encéphale Jg. **20**, Nr. 10, S. 734—739. 1925.

56jährige Frau; seit $1^1/_2$ Jahren Kopfschmerzen, Abnahme des Sehvermögens, Kleinhirnsymptome. Diagnose: Kleinhirntumor. Autopsie bestätigt die Diagnose, zeigt aber außerdem eine diffuse Entzündung des ganzen Nervensystems. Es handelt sich um Lues cerebrospinalis mit gummöser Veränderung und Hyperplasie der Hypophyse, deren Gewicht 12 mal und deren Volumen 25 mal größer ist als diejenigen der normalen Hypophyse. Diese Hypophysenläsion hatte zu keinerlei klinischen Symptomen geführt, trotzdem der Vorderlappen und der intermediäre Teil der Hypophyse verschwunden waren. Keine Polyurie, keine Störungen im Stoffwechsel, kein Eiweiß, kein Zucker im Urin, keine Fettsucht, keine Kachexie. Menopause seit 1 Jahr. Thyreoidea, Ovarien, Leber, Niere, Pankreas waren gleichfalls stark verändert. Hingegen zeigten die Zellen der Kerne des 3. Ventrikels trotz der großen Erweiterung des letzteren nur unbedeutende Veränderungen. Der Vorderlappen spielt — nach dieser Beobachtung — keine Rolle im Stoffwechsel der Fette und Kohlenhydrate, auch nicht in der Wasserregulierung des Organismus. *Kurt Mendel.*

Markov, D.: Zur Klinik der Hypophysenerkrankungen (hypophysärer Infantilismus) im Zusammenhang mit der Lehre vom Schlafzentrum. Sovremennaja psichonevrologija Jg. **1**, Nr. 5, S. 58—62. 1925. (Russisch.)

Verf. beschreibt einen Fall von abnorm kleinem Wuchs (143 cm), Fettleibigkeit, leichter Hypoplasie der Sexualorgane, fast völligem Fehlen von sekundären Geschlechtsmerkmalen (Haarlosigkeit in der Achselhöhle usw.), Lichtstarre der Pupillen und doppelseitiger Neuritis optica bei einem 21jährigen Mann, der seit einiger Zeit auch abnorm lange (bis zu 18 Stunden täglich) schlief. Die positive WaR. im Blut und der Cerebrospinalflüssigkeit wies auf eine luische, wahrscheinlich hereditäre Natur des Leidens hin, das möglicherweise auch durch andere Infektionen (Malaria) und durch Hunger begünstigt worden war, die Vertiefung und Erweiterung

Digitized by Google

der Sella turcica im Röntgenbild auf eine spezifische Erkrankung (Gumma) der Hypophyse; letztere macht Verf. sowohl für die Kleinwüchsigkeit des Pat. (hypophysärer Infantilismus), wie auch für die Stauungspapille verantwortlich, während er andere Symptome (wie eine Gedunsenheit des Gesichts, Trockenheit und Pastosität der Haut, Derbheit der Haare) auf eine Mitbeteiligung der Schilddrüse zurückführt. Auf Behandlung mit Hg kehrten sowohl der Fundus oculi wie der Schlaf zur Norm zurück.

An seinen Fall knüpft Verf. Betrachtungen über das hypothetische Schlafzentrum, welches er im Anschluß an Mauthner und andere Autoren im Tuber cinereum vermutet; hier befindet sich ein Zentrum der visceralen Innervation, von dem aus eine den Schlaf begünstigende Hemmung sowohl der visceralen Funktionen (der Temperaturregulierung, der Vasomotoren, des Eiweiß-, Fett-, Kohlenhydrate- und Salsztoffwechsels) wie der Tätigkeit der Großhirnnrinde ausgeht (wofür auch manche klinischen und lokalisatorischen Befunde bei der Encephalitis lethargica sprechen sollen). In seinem Fall denkt Verf. an eine durch konstitutionelle Lues bedingte Hypoplasie der Hypophyse und anderer endokrinen Drüsen, an die sich erst nachträglich ein Gumma der ersteren anschloß. Das abnorme Schlafbedürfnis des Patienten konnte sowohl auf Druck dieses Gumma auf die Regio hypothalamica wie auch auf direkter Erkrankung der Hypophyse und Störung der hormonalen Korrelationen zwischen ihr und der subthalamischen Gegend beruhen. — Wenn Verf. zum Schluß meint, daß der Begriff eines „Schlafzentrums" sich möglicherweise mit der Lehre von der zentralen visceralen Innervation völlig deckt, so ist dem insofern beizustimmen als die ausschlaggebende Bedeutung der vegetativen Innervation für die Entstehung des Schlafes durch neuere Arbeiten (namentlich von W. R. Hess) eine immer festere Basis bekommt, wobei im Auge zu behalten ist, daß das vegetative Nervensystem im centralen mannigfach vertreten ist und in enger Verbindung mit hormonalen (vermutlich auch von seiten der Neuroglia) und sonstigen humoralen (Liquor usw.) Faktoren arbeitet, die auch an sich für den Schlaf von wesentlicher Bedeutung sein können. *M. Minkowski* (Zürich).

Černyšov, S.: Zur Kasuistik des Zwergwuchses. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 762—771. 1925. (Russisch.)

23jähriger Zwerg. Der Höhenwuchs zessierte vom 9. Lebensjahr nach einem stattgehabten Schädeltrauma. Körperumfang 120, Skelett und sämtliche Körperteile proportional verkleinert. Genitalien hypoplastisch, Behaarung fehlt an den Geschlechtsteilen und Achselhöhlen, Gesichtsausdruck greisenhaft, Epiphysenfugen offen, Türkensattel und Psyche normal. Diagnose: Nanismus infolge traumatischer Apoplexie des Hypophysenvorderlappens. Allgemeine Betrachtungen endokrin-hormonellen Inhalts folgen. *Higier* (Warschau).

Göring, M. H.: Organtherapie bei hypophysären Störungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 3/4, S. 503—507. 1925.

Verf. behandelte 3 Fälle von hypophysärem Zwergwuchs und 2 Fälle von Dystrophia adiposogenitalis mit Hypophysensubstanz in Verbindung mit kleinen Thyreoidinmengen. Es trat eine Beschleunigung der Reife ein, die Größe nahm zu, das Gewicht blieb stehen oder stieg nur wenig. Wesentlich ist der Fortschritt in der psychischen Entwicklung. Auch bei 3 Migränefällen sah Verf. Erfolge von Hypophysenpräparaten. *Erich Guttmann* (München).

Léri, André, et F. Layani: Sur la calcification de la glande pinéale. (Über Verkalkung der Epiphyse.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **41**, Nr. 31, S. 1329. 1925.

Bei einem 26jährigen Manne mit Diplopie, Kopfschmerzen, Schwindel und narkoleptischen Zuständen sowie subjektiven Ohrgeräuschen, Aufhebung der Konvergenz- und Vertikalbewegungen beider Augen, reflektorischer Pupillenstarre, beiderseitiger Stauungspapille sowie rechtsseitiger Beteiligung des motorischen Astes des Nervus V und leichten Cerebellarerscheinungen, Druckerhöhung der Cerebrospinalflüssigkeit und geringer Lymphocytose ergaben Schädelaufnahmen ungefähr 5 cm hinter und über dem Türkensattel einen dichten Schatten von Linsengröße und ovaler Form, die auf einen Verkalkungstumor der Epiphyse bezogen wurden. Therapie: Entlastungstrepanation mit anschließender Tiefenbestrahlung. In einer nur kurzen Diskussionsbemerkung wird festgestellt, daß in mehr als einem Viertel der Fälle von 103 Schädelaufnahmen sich derartige Verkalkungen der Epiphyse zeigen und daher vor Rückschlüssen aus derartigen Röntgenbefunden auf einen Tumor dieser Gegend gewarnt. *M. Meyer* (Köppern i. Taunus).

Digitized by Google

Schilddrüse:

Lasowsky, J. M.: Zur Morphologie der Drüsenzellen der Schilddrüse. (*Histol. Laborat., Staatsuniv. Kasan.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **259**, H. 1, S. 68—78. 1926.

Jungen Tieren wurde auf der einen Seite die gesamte Schilddrüse nebst Epithelkörperchen, auf der anderen der größere Teil — unter Zurücklassung des oberen Pols mit anliegender Parathyreoidea — entfernt. Darauf Studium der sehr schnell einsetzenden Regenerationsvorgänge. Diese beginnen mit Zerfall von Zellelementen unter Bildung von „Metanuclearkolloid" (Wail). Daran schließt sich Vergrößerung alter und Bildung neuer Bläschen mit verstärkter sekretorischer Tätigkeit der Wandzellen, die „Metaplasmakolloid" als Sekretionsprodukt ausscheiden. Die von den meisten geteilte Ansicht, daß die „Hauptzellen" Langendorffs inaktive Elemente darstellen, die Absonderungstätigkeit dagegen den „Kolloidzellen" zukommt, konnte nicht bestätigt werden. In den auswachsenden Hauptzellen konnte Verf. Kolloidtropfen auftreten sehen, die in die Follikellichtung übertreten; die Kolloidzellen dagegen zeigen atrophischen Charakter. Verf. spricht sie als Hauptzellen an, die sich im Sekretionsprozeß erschöpft haben. Die interfollikulären Zellinseln, die von Tschassownikow als ein besonderes, den Epithelkörperchen analoges Organ angesprochen worden sind, werden — was dieser Annahme widerspricht — im regenerierenden Gewebe nur äußerst selten gefunden. Man gewinnt den Eindruck, daß „sie in die Regenerationsvorgänge hineingezogen werden", indem sie einmal neue Follikel bilden, andererseits der Degeneration anheimfallen, wobei sie interfollikuläres Kolloid liefern. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Pickworth, Frederick Alfred: A method for the estimation of iodine in thyroid gland. (Eine Methode zur Bestimmung des Jods in der Schilddrüse.) (*Research laborat., Hollymoor, Northfield, Birmingham.*) Biochem. journ. Bd. **19**, Nr. 5, S. 768—772. 1925.

Die Methode beruht auf der Zerstörung der organischen Substanzen durch Schmelzen mit Alkali und Oxydation des Jodids zu Jodat mit Permanganatlösung. Der Überschuß des letzteren wird mit Tierkohle entfernt und das durch hinzugefügtes Jodid befreite Jod mit Thiosulfat titriert. Doppelbestimmungen gaben gut übereinstimmende Resultate. Es wurden 100 menschliche Schilddrüsen analysiert, die Ergebnisse der Untersuchung werden anderweitig publiziert. *Erich Guttmann* (München).

Pickworth, F. A.: The iodine content of thyroid gland. (Der Jodgehalt der Schilddrüse.) (*Joint board of research for mental dis., Birmingham.*) Journ. of mental science Jg. **71**, Nr. 295, S. 703—720. 1925.

Tabellarische und graphische Zusammenstellung des Jodgehalts der Schilddrüsen nach Krankheitsgruppen. Der Normalgehalt beträgt durchschnittlich 240 mg pro 100 g getrockneter Drüse und 15 mg pro 100 g frischer Drüse. *Erich Guttmann* (München).

McCarrison, Robert: A british medical association lecture on some problems of thyroid disease. (Vortrag in der Britischen Medizinischen Gesellschaft über einige Probleme der Schilddrüsenkrankheit.) Brit. med. journ. Nr. **3363**, S. 1065—1069. 1925.

Komplizierte Stoffwechselstörungen, wie sie beim Kropf vorliegen, lassen sich nicht auf eine Ursache zurückführen. Verf. weist nachdrücklich auf Beobachtungen hin, die dazu zwingen, Ursachen für die Störungen außerhalb der Schilddrüse selbst zu suchen. Die Resorptionsverhältnisse im Intestinaltrakt, Störungen in der Fähigkeit der Gewebe, das Hormon zu verwenden, spielen beim Zustandekommen des klinischen Bildes eine Rolle. So können Schilddrüsenstörungen durch ungeeignete Zufuhr von Jod oder Tryptophan hervorgerufen werden. Der Jodbedarf wechselt, je nachdem das Individuum unter hygienischen oder unhygienischen Verhältnissen lebt; anderseits kann dem Kropf, den Fische in schmutzigem Wasser bekommen, nicht nur durch Jod, sondern auch durch Arsen oder Quecksilber vorgebeugt werden. Durch exzessive Zufuhr gewisser Fett- oder Eiweißarten kann man bei Tieren Kröpfe erzeugen. Die Wirkung der Thyreoidektomie ist gänzlich verschieden je nach Alter, Nahrung, Ernährungszustand, Temperatur. Unter verschiedenen Bedingungen lassen sich verschiedene Typen von Kröpfen erzeugen, d. h. verschiedene Störungen im Aufbau und in der Funktion der Drüsenzellen, die ihrerseits differente Störungen im Gesamtorganismus hervorrufen. *Erich Guttmann* (München).

Hahn, G.: Ein Beitrag zur nichteitrigen chronischen Thyreoiditis. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Barmbek.*) Arch. f. klin. Chir. Bd. **137**, H. 3/4, S. 549—554. 1925.

55jährige Frau, die nicht aus einer Gegend stammt, in der Schilddrüsenerkrankungen

Digitized by Google

endemisch sind, erkrankt unter Fieber, Angstgefühl, Gedächtnisschwäche, Herzpalpitationen, Schweißausbrüchen und zeitweiliger, spontan wieder zurückgehender Anschwellung des Halses. Am mittleren Drittel des rechten Sternocleidomastoideus derbe, ganz wenig empfindliche Hervorragung, die in den rechten, auch druckempfindlichen Schilddrüsenlappen übergeht. Die sehr derbe, unter dem Schnitt eigentümlich weißliche Masse wird nach 6—8wöchigem Krankheitsverlauf operativ entfernt. Histologisch: Teils Kolloidschwund und Epithelvermehrung, teils große Kolloidräume mit reichlichem, verdünntem Kolloid. Im Interstitium unregelmäßig verteilte, stellenweise zur Verödung führende Entzündung. Vorwiegend Nester lymphoider Zellen; mancherorts so gut wie keine Entzündung. Nach der Operation schwinden alle Symptome. Bei dem Fall erscheint das langdauernde Fieber als noch nicht beschrieben beachtenswert. Sein Vorhandensein, der „chronische, aber klinisch doch rasche Verlauf", die Vergrößerung und derbe Konsistenz des Organes sprechen für beginnende Riedel-Struma. Die gegensätzlichen Meinungen über die Beziehungen der Thyreoiditis zur Basedowschen Krankheit und zum Myxödem werden erwähnt. Therapeutisch kommt Operation, Röntgenbestrahlung und bei schweren Endzuständen Schilddrüsenverfütterung in Frage. *Kastan.*

Curschmann, Hans: Die Stoffwechseluntersuchung in der Diagnostik der „Neurosen". (*Med. Univ.-Klin., Rostock.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 52, Nr. 1, S. 9—11. 1926.

Curschmann weist auf die Bedeutung des Grundumsatzes für die Erkennung der inkompletten, atypischen Thyreosen hin, die oft als rein psychogene oder psychische Neurosen imponieren. Er nimmt mit Kraus an, daß die Stoffwechselstörung auch bei unvollständigen Formen ein konstanter Faktor ist. Die Bedeutung des Grundumsatzes für die Erkennung der monosymptomatischen Formen der Schilddrüsenerkrankung wird klar, wenn man bedenkt, wie formenreich diese Erkrankungen im Sinne Hertoghes sind. *Boenheim* (Berlin).

Palmieri, Vincenzo Mario: Il gozzo e la sua profilassi. (Der Kropf und seine Prophylaxe.) Rass. internaz. di clin. e terap. Jg. 6, Nr. 9, S. 598—603. 1925.

Zusammenfassende Arbeit, in der der Verf. vor allem in Anlehnung an de Quervain die Argumente für die ätiologische Bedeutung des Jodmangels beim endemischen Kropf darstellt und für die Kropfprophylaxe durch jodiertes Speisesalz eintritt. *Erwin Wexberg* (Wien).

Kluge, Endre: Struma und Jod. Therapia (Budapest) Jg. 2, H. 11, S. 421—425, 1925. (Ungarisch.)

Die auch in Ungarn zunehmende Zahl der Strumen und die modernen Bekämpfungsbestrebungen derselben mit Jodsalzen, hat das ungarische Ministerium für Volkswohlfahrt zu einer Verordnung veranlaßt, im Sinne welcher in allen Gegenden, wo die Kröpfe sichtlich zunehmen, über Verfügung der administrativen Behörden und im Einvernehmen mit den Eltern unter Aufsicht der Lehrer wöchentlich 1 mg Jodkali den Kindern gegeben werde, und sollen auch die mit Strumen behafteten Erwachsenen auf den heilsamen Erfolg dieser Behandlung aufmerksam gemacht werden. Ärztliche Befürwortung und Beaufsichtigung ist in der Verordnung nicht vorgesehen. Verf. bespricht nun eingehend die ganze Strumenliteratur, betont die Mängel der ministeriellen Verordnung, welche die Kropfprophylaxe mit der Behandlung bestehender Kröpfe verquickt, die Verfügung mit Ausschluß der Ärzte den administrativen Behörden und der schließlichen Einwilligung der Eltern überträgt und hebt die Nachteile der Kalisalze gegen Na-Salze hevror; er betont namentlich die Möglichkeit der Jodschäden bei Strumen und Schilddrüsenerkrankungen und wünscht eine Revision und sinngemäße Änderung der Verordnung, welche in dieser Form mehr Unheil und Schaden als Vorteil verursachen kann. *Karl Hudovernig* (Budapest).

Sterling, Wladysław: Untersuchungen über die Schilddrüse der Kinder in der Warschauer Hilfsschule. Szkoła specjalna Jg. 1, Nr. 4, S. 234—241. 1925. (Polnisch.)

An 537 debilen und oligophrenen Schulkindern — bei Ausschluß von Idioten und Kretinen — wurden zunächst bestätigt die Angaben sonstiger Autoren über das Vorwiegen des Kropfes und Schilddrüsenvergrößerung bei älteren Kindern im Reifealter, speziell bei Mädchen, sowohl geistig normalen als abnormen. Die Oligophrenie ist kein Stigma des Kropfes, sondern ist mit ihm koordiniert. Sonstige zum Bilde der Oligophrenie nicht gehörende psychische Erscheinungen (Halluzinationen, Unruhe, Angst, Depression) sind zufällige thyreotoxische Erscheinungen. Etwa in 6% ist der

Digitized by Google

Kropf hereditär. Nicht bloß die morphologische Vergrößerung der Schilddrüse, sondern auch ihre Hyperfunktion steht in keinem pathogenetischen Zusammenhang mit der Oligophrenie, worauf wohl die meisten Forscher hingewiesen haben. Ganz anders verhält es sich mit der Hypofunktion der Thyreoidea, die bekanntlich sehr häufig mit Intelligenzabnahme zu verlaufen pflegt, mit Torpor cerebri, Apathie, Langsamkeit, rascher Ermüdbarkeit und Fehlen an Initiative. Die Oligophrenie ist minimal bei der benignen, schleichenden, Hertoghschen Hypothyreoidie, maximal bei angeborener Athyreose. Selten bekommt man halluzinatorische Aufregungszustände zu sehen mit Größen-, Verfolgungs- oder Versündigungsideen. Über sporadischen Kretinismus besitzt Verf. keine Erfahrung, glaubt jedoch mit Biedl und Getzow, daß dieselbe Noxe die Hirnrinde und Schilddrüse affiziert. Sowohl der Kretinismus als Mongolismus werden von Thyreoidin nicht beeinflußt. Wo ein Leiden pluriglandulär bedingt ist — und das scheint als Regel zu gelten —, wirkt jedes endokrine Mittel nur auf seine Drüse. *Higier* (Warschau).°°

Rausch, Zoltán: Kropfbehandlung mit kleinen Joddosen in Trinkkurform. Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 48, S. 1169—1170. 1925. (Ungarisch.)

Bei für Jodmedikation geeigneten Strumen — namentlich Kolloidstrumen — hat Verf. als ausschließliche Therapie eine Trinkkur mit dem einzigen übrig gebliebenen jodhaltigen Quellenwasser Ungarns (Dobóquelle bei Eger, enthält $^1/_{10}$ mg Jod pro Deziliter) versucht und dieselben sehr zufriedenstellenden Resultate gesehen, wie bei Jodbehandlung in den üblichen kleinen Dosen. Anwendung 2—3 dl täglich 3 bis 8 Wochen hindurch. Die Erfolge zeigen sich namentlich in einer Abnahme des Hals umfanges und Reduktion des Grundumsatzes. *Karl Hudovernig* (Budapest).

Kimball, O. P.: Induced hyperthyroidism. (Artefizieller Hyperthyreoidismus.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 22, S. 1709—1710. 1925.

Der Gebrauch von großen Jodmengen bei der Kropfbehandlung und Kropfprophylaxe ist nicht unbedenklich, da die Jodbehandlung häufig einen Hyperthyreoidismus verursacht. Bei einer Serie von 2659 Fällen von Hyperthyreoidismus fanden sich 309 Fälle, deren Krankheitserscheinungen durch Jod ausgelöst oder verschlimmert worden waren. Unter diesen 309 Fällen war der Hyperthyreoidismus 6 mal auf Jodsalze, 37 mal auf Selbstmedikation (Jodnatrium oder äußerliche Anwendung von Jodtinktur), 266 mal auf ärztliche (!) Behandlung zurückzuführen. — Verf. warnt auf Grund dieser Erfahrungen vor zu großen Jodgaben und hält dauernde ärztliche Kontrolle für notwendig. *Taterka* (Berlin).

Gram, Chr.: Myxödem (Hypothyreoidismus) nach Basedowscher Krankheit (Hyperthyreoidismus) infolge exzessiver Röntgenbehandlung. Ugeskrift f. Laeger Jg. **87**, Nr. 51, S. 1128—1130. 1925. (Dänisch.)

27jährige Frau litt an Basedow seit 1917, wurde 1919 und 1920 mit Röntgen behandelt, kurze Zeit danach Erscheinungen eines Hypothyreoidismus. Seit 1922 Wohlbefinden bei chronischer Behandlung mit Thyreoidin (Vermehren) 0,05 × 3. Dies dänisches Thyreoidin ist von C. O. Jensen auf seinen Effekt auf die Metamorphose von Amblystomalarven geprüft worden und trotz seines geringen Jodgehaltes ebenso wirkungsvoll wie die besten anderen Thyreoideapräparate gefunden worden. *Ingvar* (Lund).

Sturgis, Cyrus C., and James A. Greene: Nutritional changes in exophthalmic goiter. The effect of Lugol's solution. (Nahrungsschwankungen bei Basedow. Die Wirkung der Lugolschen Lösung.) (*Med. clin., Peter Bent Brigham hosp., Boston.*) Arch. of internal med. Bd. **36**, Nr. 4, S. 561—578. 1925.

Die Nahrungsaufnahme des Basedowkranken bei Bettruhe muß, wenn nicht Körpergewichtszunahme eintreten soll, entsprechend dem erhöhten Stoffwechsel um etwa 75—100% erhöht sein. Von 36 nicht mit Jod vorbehandelten Basedowpatienten hatten 35 am 11. Tage nach der Operation durchschnittlich 5,2% ihres präoperativen Körpergewichtes verloren, während der durchschnittliche Gewichtsverlust bei 28 mit Lugolscher Lösung vorbehandelter Patienten 11 Tage post operationem nur 2% betrug. *Walter Goldstein* (Berlin).°°

Digitized by Google

Chalier, André: De la résection partielle du sympathique cervical dans la maladie de Basedow. (Partielle Resektion des Halssympathicus bei Basedow.) Arch. franco-belges de chir. Jg. 27, Nr. 10, S. 871—883. 1924.

Nach historischem Rückblick und anatomischen, histologischen und technisch operativen Erörterungen setzt sich der Autor für die einseitige (linke) Resektion des Halssympathicus ein. Er behauptet, daß die Operation die zahlreichen Symptome des Basedows zum Verschwinden zu bringen geeignet ist, und zwar relativ prompt den Exophthalmus und die psychischen Veränderungen. Als Gegenindikation bestehe lediglich Cachexie und Schwäche bei sehr niedrigem Blutdruck und die Formen mit schweren Herzstörungen. Er schließt sich der Jaboulayschen Indikationsstellung an: Sympathicusoperation bei frischen, aktiven Fällen und den Fällen ohne Kropf; Thyreoidektomie bei alten Fällen und den Formen mit großem Kropf und schwachen oculokardialen Symptomen. *Krambach* (Berlin).

Sundelin, Fredrik: Über Jodbehandlung des Morbus Basedowi. Svenska Läkartidningen Jg. 22, Nr. 52, S. 1465—1469. 1925. (Schwedisch.)

Polemische Antwort an Sölve Richter, worin der Verf., auf die Literatur und auf eigene Erfahrung gestützt, die Auffassung von dem günstigen Einfluß kleiner Joddosen bei Basedow verteidigt. *Ingvar* (Lund, Schweden).

Stovin, Joseph S.: Observations on the effect of radium on the parathyroids. (Beobachtungen über die Wirkung des Radiums auf die Nebenschilddrüsen.) (*Beth Israel hosp., New York.*) Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 12, S. 747—748. 1925.

Verf. behandelt Strumen mit Radiumstrahlen; bei der nahen anatomischen Beziehung zwischen Schilddrüse und Nebenschilddrüsen kann man annehmen, daß die Nebenschilddrüsen bei dieser Gelegenheit mitbestrahlt werden. Verf. untersuchte deshalb vor und nach der Bestrahlung den Blutcalciumspiegel bei seinen Patienten. Teilweise stieg der Calciumspiegel, teilweise sank er, jedenfalls fand sich nach der Bestrahlung bei keinem Patienten ein unterdurchschnittlicher Wert. Daraus kann man schließen, daß durch die in der Schilddrüsenbestrahlung üblichen Dosen die Nebenschilddrüsen nicht affiziert werden. *Erich Guttmann* (München).

Seal, J. Coleman: Report of a series of hypertrophied thyroids treated with radium. (Bericht über eine Reihe von mit Radium behandelten Strumen.) (*Beth Israel hosp., New York.*) Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 12, S. 745—747. 1925.

Der Verf. hält in Fällen von Struma, wo sich die gewöhnliche Behandlung als erfolglos erweist und wo Operation in Betracht kommt, einen Versuch mit Radium für angezeigt. Bei cystischen und Adenomkröpfen ist die Wirkung des Radiums nicht sehr groß, immerhin vereinfacht es den nachfolgenden chirurgischen Eingriff. Dagegen ist das Radium bei den Colloidstrumen der Basedowschen Krankheit von ausgezeichneter Wirkung. Die Behandlung besteht in der Applikation von 100 mg Radium durch $2^1/_2$ Stunden, nach 2 Wochen und weiterhin in Abständen von 4 Wochen wiederholt. Aus einer Statistik über 25 Fälle ergibt sich befriedigender Erfolg in der Mehrzahl der Fälle von M. Basedow. *Erwin Wexberg* (Wien).

Pemberton, John de J.: Present-day surgical treatment of diseases of the thyroid gland. (Die derzeitige chirurgische Behandlung der Schilddrüsenerkrankungen.) (*Div. of surg., Mayo clin., Rochester.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 24, S. 1882—1888. 1925.

In der Mayo-Klinik in Rochester wurden im Jahre 1924 an 1725 Patienten 1928 Schilddrüsenoperationen ausgeführt. 10 Patienten starben, was einer Mortalität von 0,51% der Operationen und 0,58 der Fälle entspricht. Unter 677 Operationen an einfachen Kröpfen ohne Hyperthyreoidismus ergab sich kein Todesfall, unter 368 Schilddrüsenadenomen mit Hyperthyreoidismus 4, unter 741 Basedowfällen 6 Todesfälle. Das außerordentlich günstige Ergebnis, insbesondere bezüglich der Basedowstrumen, wurde erst in den letzten Jahren erreicht und ist auf die Einführung der Jodvorbehandlung nach Plummer zurückzuführen. Durch Darreichung von Lugolscher

Digitized by Google

Lösung durch einige Wochen vor der Operation gelingt es, die Erscheinungen des Hyperthyreoidismus so weit zu dämpfen, daß die Gefahrenquote bei der Operation wesentlich vermindert, Voroperationen (wie Ligatur der Arterien) überflüssig gemacht und die Zeit der Rekonvaleszenz wesentlich abgekürzt wird. Gleichzeitig ergab sich eine Erweiterung der Grenzen der Operabilität. Die minder günstigen Erfolge bei den Adenomen mit Hyperthyreoidismus haben psychologische Ursachen: hier treten die Erscheinungen des Hyperthyreoidismus durchschnittlich nach 15jährigem Bestehen der Struma und so allmählich auf, daß sich die Kranken vielfach erst zu einem Zeitpunkt zur Operation entschließen, wo Herz und Gefäße schon beträchtlich geschädigt sind. Der Autor erhebt daher die Forderung, daß alle knotigen Strumen, die nicht unter ständiger ärztlicher Aufsicht stehen, sofort bei ihrem Auftreten operativ beseitigt werden mögen. *Erwin Wexberg* (Wien).

Genitalorgane:

Trömner: Endokrine Störung (Subgenitalismus) vielleicht durch Lues. Ges. d. Neurol. u. Psychiater, Groß-Hamburg, Sitzg. v. 27. XI. 1925.

1. Bei einem 31jährigen Manne seit $2^1/_2$ Jahren Ausfall sämtlicher Haare (Kopf, Achsel, Scham) und Erlöschen der Potenz ohne erkennbare Ursache. Durch Hormin und Höhensonnenbestrahlung Besserung in beiden Beziehungen; ursächlich ist Lues zu beachten, weil er vor Jahren Lues hatte und jetzt geringe Opticusatrophie hat. Da aber nach mehrfacher Behandlung ejtzt Wassermann negativ ist, darf dieser Zusammenhang fraglich bleiben. 2. Verheirateter Mann, 57 Jahre alt, wurde seit 16 Jahren dicker, entwickelte deutlich femininen Typ und verlor Haare und Potenz. Noch keine Besserung. Da Wassermann positiv, Aortitis luica besteht und seine Frau 5 Aborte hatte, kann Lues im Spiele sein, obwohl spezifische Behandlung erfolglos war. Eigenbericht (durch *V. Kaſka* [Hamburg]).

Davidovic, S.: Über einen Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus internus. (*Propedeut.-chir. Klin. Prof. M. Petrovic, Belgrad.*) Zentralbl. f. Chir. Jg. **53**, Nr. 2, S. 70—72. 1926.

Bei einem Manne, der an Bruchbeschwerden litt, wurde in dem durch Operation freigelegten Bruchsack ein Uterus mit zwei Tuben und ovarienähnlichen Gebilden gefunden, die bei histologischer Untersuchung als atrophische Testikel erkannt wurden. Die wenigen ähnlichen, bisher beschriebenen Fälle werden kurz besprochen. *Maas* (Berlin).

Courrier, R.: Les hormones ovariennes. (Die Hormone der Eierstöcke.) Rev. franç. d'endocrinol. Jg. **3**, Nr. 2, S. 94—101. 1925.

Auf Grund seiner hauptsächlich histologischen Untersuchungen kommt Verf. zu dem Schluß, daß der Eierstock mindestens zwei Hormone sezerniert: das Hormon der Follikel und das Hormon des Corpus luteum. Das erste ist schon isoliert worden, das zweite noch nicht. Beide aber sind von prinzipieller Wichtigkeit.

V. Kaſka (Hamburg).

Galant, Johann Susmann: Eunuchoidismus mulierum verus connatus. (*Lepjóchin-Gebäranst., Moskau.*) Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 2: Zeitschr. f. Konstitutionslehre Bd. **12**, H. 1, S. 70—76. 1925.

Verf. beschreibt einen weiblichen Fall mit typisch männlichem Becken, fehlenden Brustdrüsen, schwacher Schambehaarung, behaartem Warzenhof und sonstigen Zeichen von Hypertrichose und vor allem mit hochgradiger Hypoplasie des Genitalapparates. Als Ursache des echten angeborenen weiblichen Eunuchoidismus möchte Verf. im vorliegenden Falle eine Keimschädigung durch Zeugung im alkoholischen Rausche annehmen. In praktischer Hinsicht sei es wichtig, zwischen dem echten Eunuchoidismus, bei dem Sterilität bestehe, und dem eunuchoiden Habitus, der Fertilität nicht ausschließe, scharf zu unterscheiden. *Mauz* (Tübingen).

Tetanie und Spasmophilie:

Brodersen, N. H.: Tetanie nach Operationen an der Schilddrüse. Norsk Magaz. f. Laegevidenskaben Jg. **86**, Nr. 12, S. 1293—1304. 1925. (Norwegisch.)

Bericht über 647 Thyreoideaexstirpationen. Unter diesen erkrankten 5 (0,8%) an Tetanie. Vor 1920, wo ein radikaleres Vorgehen bei den Operationen eingeleitet wurde, war nur ein Fall von postoperativer Tetanie zu verzeichnen. Unter den 647 Operationen waren 301 Fälle von Struma mit Exopthalmus oder adenomatösem thyreo-

Digitized by Google

toxischen Struma (4 Fälle postoperative Tetanie) und 346 Fälle von einfachem Struma (1 Fall von Tetanie). Keiner von den tetanischen Kranken ist gestorben. Verf. glaubt die augenblickliche Gefahr der Tetanie übertrieben zu sein. Weshalb die Tetanie gerade in diesen 5 Fällen erschien, konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Sie wurden alle radikal operiert, nur ein kleiner Rest vom linken Lappen wurde gelassen. Tetanie scheint in seltenen Fällen eine unvermeidliche Komplikation nach radikalen Exstirpationen zu sein. 3 von den Patienten waren ziemlich jung (21—15 Jahre), weshalb besondere Vorsicht beim Operieren jüngerer Leute empfohlen wird. Calcium (Lactat oder Chloride) wird als ein souveränes Mittel empfohlen, am besten mit Milchdiät kombiniert. Von Parathyreoidea konnte kein sicherer Effekt gesehen werden. Transplantationen wurden nicht gemacht. *Ingvar* (Lund).

Lisser, H., and H. C. Shepardson: A case of tetania parathyreopriva treated with Collip's parathyroid extract. (Ein Fall von parathyreopriver Tetanie unter Behandlung mit Collips Nebenschilddrüsenextrakt.) (*Dep. of med., univ. of California med. school, San Francisco.*) Endocrinology Bd. **9**, Nr. 5, S. 383—396. 1925.

Eine 30jährige Frau, die wegen einer Struma operiert wurde, bekam unmittelbar nach der Operation eine schwere Tetanie. Die Operation war, da der Kropf sich unter das Sternum und hinter die Trachea fortsetzte, besonders kompliziert. Bei der genauen Untersuchung der exstirpierten Schilddrüse ließ sich nachweisen, daß 3 Epithelkörperchen mit entfernt worden waren. Diese Pat. wurde nun mit dem von Collip dargestellten Extrakt behandelt, ohne daß sie, mit Ausnahme der ersten Woche, vor den Injektionen Kalk bekam. Die Wirkung des Extrakts auf den Serumkalkspiegel ist graphisch dargestellt. Diese Wirkung besteht in einer Erhöhung des Kalkspiegels, die besonders merklich wird nach kurz aufeinanderfolgenden, sich offenbar in ihrer Wirkung kumulierenden Injektionen. Unmittelbar nach den Einspritzungen fühlte die Patientin sich subjektiv wohler, objektiv schwand Chvostek und Trousseau. Die von Collip beim Tier beobachteten Zustände von Hypercalcämie sahen Verff. bei ihrer Pat. nicht, sie bemerkten aber, daß gleichzeitig mit dem Anstieg des Kalkspiegels auf 11,9 mg die Pat. sich müde und abgespannt fühlte. Die Pat. bedarf vorläufig der chronischen Weiterbehandlung mit dem Extrakt. *Erich Guttmann* (München).

Falk, Walter: Die Beobachtung des Facialisphänomens beim älteren Kinde im Seeklima. (*Schöneberger Kinderheilst., Wyk-Südstrand-Föhr.*) Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. **30**, H. 5, S. 434—439. 1925.

Bei 400 Kindern in einem Kinderheim auf Föhr wurde systematisch das Facialisphänomen untersucht. Es fand sich außerordentlich häufig sowohl bei den kränklichen und erholungsbedürftigen Kindern des Berliner Proletariats als auch bei den Inselkindern, bei Knaben seltener als bei Mädchen. Die Häufigkeit nimmt mit dem Lebensalter zu. Nach einem Aufenthalt an der See von der Dauer von 9 Wochen ist der Prozentsatz der positiv reagierenden Kinder geringer als am Anfang, woraus man wohl auf eine günstige Wirkung des Seeklimas auf die Nervenübererregbarkeit der Kinder schließen darf. Die Häufigkeit des Chvostekschen Zeichens nimmt vom Frühjahr bis zum Herbst ab, nach längerem Großstadtaufenthalt nimmt Häufigkeit und Stärke wieder zu. *Erich Guttmann* (München).

Morev, W.: Die Blutfermente bei Spasmophilie und neuroarthritischer Diathese bei Kindern. Žurnal detskich boleznej Bd. **1**, Nr. 2, S. 113—119. 1925. (Russisch.)

Verf. berichtet über die Ergebnisse seiner biochemischen Untersuchungen, die er in der Kinderklinik der militär-medizinischen Akademie zu Leningrad an 10 gesunden und 14 spasmophilischen Säuglingen angestellt hat; in derselben Weise wurden auch 12 arthritische Kinder im Alter von 8—13 Jahren und zur Kontrolle 21 gesunde Kinder untersucht. Bei den Spasmophilikern trat eine Vermehrung der Katalase (im Vergleich mit der Norm) und eine Abschwächung des lipolytischen Index auf. Besonders charakteristisch sind aber die Schwankungen der amylolytischen Energie — sowie auch der Katalase — vor und nach der Nahrungsaufnahme und die relative Gleichmäßigkeit des lipolytischen Index. Bei den neuroarthritischen Kindern fällt die Vermehrung der Katalase im Blut auf; sie erreicht — durchschnittlich — 7 ccm 1 proz. H_2O_2, das heißt höher, als bei anderen Diathesen und um 1,5 ccm höher als bei normalen Kindern.

Digitized by Google

Bemerkenswert ist auch die Steigerung der lipolytischen Energie des Blutes, die um 2,8 ccm die Norm überschreitet. Dem Gehalt der Lipase nach stehen die Arthritiker — in der Reihe verschiedener konstitutioneller Anomalien — an der ersten Stelle.

L. Arinstein (Charlottenburg.)

Merletti, C.: Spasmofilia e gravidanza. (Spasmophilie und Schwangerschaft.) (*Clin. ostetr., univ., Siena.*) Atti d. reale accad. dei fisiocrit. in Siena Bd. 17, Nr. 1/2, S. 83—101. 1925.

Verf. versucht nachzuweisen die Analogie und Identität einiger krankhafter Zustände bei Gravidität hinsichtlich Ätiologie, Symptomatologie, Pathogenese und Therapie mit Symptomen der Spasmophilie und kommt zu dem Ergebnis, daß bei mancher Schwangerschaft sich Zustände von konstitutioneller mechanischer und elektrischer Übererregbarkeit des Nervensystems vorfinden, die eine krankhafte Neigung zu bestimmten partiellen und allgemeinen Spasmen wie auch tonisch-klonischen Konvulsionen begründet. Es wurde deshalb auch der Name Spasmophilie gewählt, der eine Erklärung aller ätiologischen und pathogenetischen Faktoren beinhaltet, die zwar für sich allein nicht genügen würden, wenn nicht bereits eine latente individuelle Anlage zu solchen Krämpfen vorherginge; sie wird offenkundig gemacht durch in der Schwangerschaft selbst begründete nervöse, mechanische und chemische (toxische) Reize. Das Wesen der Spasmophilie besteht in einer hormonalen Dysfunktion der inneren Drüsen die wie die Parathyreoideae bei der Spasmophilie der Kinder eine ausgesprochene Insufficienz aufweisen. Der pathogenetische Einfluß des Ernährungsfaktors ist gesichert und von erster Bedeutung. Als Prophylaxe und Behandlung dieser spasmophilen Zustände kommen in Betracht Ernährungstherapie, Verabreichung von Calcium, Brom und Parathyreoidin, Anwendung ultravioletter Strahlen. *G. Stiefler* (Linz).

Lesné, Turpin et Guillaumin: A propos du traitement de la spasmophilie par les rayons ultra-violets. (Die Behandlung der Spasmophilie durch Ultraviolettbestrahlung.) Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris Jg. 23, Nr. 5/6, S. 242—249. 1925.

Verf. sahen einen schlagenden Erfolg der Behandlung bei allen Manifestationen der Spasmophilie, kenntlich am Zurückgehen des Chvostekschen Zeichens, Zunahme des Appetits, Abnahme der Schlaflosigkeit und der Unruhe. Auch Laryngospasmus, Pylorospasmus und Gastrospasmus wurden günstig beeinflußt. *Erich Guttmann* (München).

Familiäre Erkrankungen, Myotonie:

Minor, L.: Über das erbliche Zittern. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 99, H. 3/4, S. 586—633. 1925.

Minor bringt hier eine Kasuistik von 43 im Laufe von 35 Jahren beobachteten Fällen, die durch das gemeinsame Band des, wie Verf. annimmt, erblichen Zitterns zusammengehalten werden. Die Fälle sind sonst recht verschiedenartig: Alkoholiker, Nachkommen von Alkoholikern, Basedowkranke, Hysteriker, Epileptiker usw.; und in den Stammbäumen wimmelt es von allen möglichen „Heredodegenerationen". Trotzdem glaubt Verf., einen Tremor hereditarius, ja sogar davon noch eine Untergruppe, den „Typus multiparus macrobioticus" als nosologische Einheit aufstellen zu sollen, wenn er allerdings auch selber einige Bedenken kritischer Art nicht ganz unterdrücken kann. Was aus dem Material ohne weiteres hervorzugehen scheint, sind die Beziehungen des Zitterns zum Alkoholismus, wobei man allerdings bei einigen seiner Fälle um die Annahme der Vererbung erworbener Eigenschaften kaum herumkommt. Sehr auffallend sind weiter die Beziehungen zu Fruchtbarkeit und Langlebigkeit, wie sich in einer Reihe der — vielfach sehr kurz geschilderten — Fälle darbieten. Die Schwierigkeiten der Vererbungsforschung treten in der Arbeit deutlich hervor. Sie steht schon rein methodologisch auf sehr unsicherer Grundlage, und diese Tatsache mahnt auf Schritt und Tritt zu äußerster Kritik. Minors Arbeit hat zweifellos ein großes Verdienst, indem sie wichtige Anregungen und wertvolles Material zur weiteren Erörterung dieses Kapitels beigebracht hat. *Villinger* (Hamburg).

Digitized by Google

Favill, John, and Charles F. Rennick: A case of family periodic paralysis. (Fall von familiärer periodischer Lähmung.) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **11**, Nr. 6, S. 674—679. 1924.

Mann von 23 Jahren hat seit seinem 12. Lebensjahr in Intervallen von Wochen bis Monaten auftretende Anfälle von Lähmungen einzelner Muskelgruppen, bald diese, bald jene obere oder untere Extremität befallend, von stunden- bis tagelanger Dauer, oft vergesellschaftet mit allerlei Mißempfindungen, aber keinen eigentlichen Schmerzen, keinen vasomotorischen Erscheinungen, mit Aufhebung der direkten und indirekten faradischen Erregbarkeit im gelähmten Muskelgebiet. Im Anfall Blutzucker etwas erhöht, Epinephrininjektionen lösten keinen Anfall aus. In der väterlichen Familie seit vier Generationen vererbt, keine sonstigen ätiologischen Faktoren. *Geelvink* (Frankfurt a. M.).

Scholz, W.: Klinische, pathologisch-anatomische und erbbiologische Untersuchungen bei familiärer, diffuser Hirnsklerose im Kindesalter. (Ein Beitrag zur Lehre von den Heredodegenerationen.) (*Univ.-Klin. f. Gemüts- u. Nervenkrankh., Tübingen.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 5, S. 651—717. 1925.

Vgl. dies. Zentrlbl. **41**, 815.

Syphilis:

Orel, Herbert: Statistische Untersuchungen bei Lues congenita. (*Univ.-Kinderklin., Wien.*) Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. **40**, H. 4, S. 414—421. 1925.

Verf. hat das einschlägige Material der Wiener Kinderklinik aus den Jahren 1920 bis 1925 durchgearbeitet. Insgesamt kamen in dieser Zeit 188 kongenital luische Kinder vom Ende des 2. Lebensjahres an in die Klinik. Bei der Berechnung der Aborte und der Totgeburten, die die Eltern dieser Kinder hatten, kommt Verf. zu dem Schluß, daß der Verlust durch Absterben der Frucht während des intrauterinen Lebens bei Luetikerinnen mindestens das Doppelte der Abort- und Totgeburtenziffer bei nichtluischen Graviden beträgt. Ferner fand er, daß man bei 100 Graviditäten unbehandelter Luetikerinnen etwa 60 Lebendgeburten erwarten kann, von denen nur etwa 30 das 3. Lebensjahr erreichen. Luesfreie Eltern vorausgesetzt, könnte man bei der gleichen Zahl von Graviditäten etwa 68 Kinder des 3. Lebensjahres erwarten, also mehr als die doppelte Anzahl. *Pette* (Hamburg).

Cedercreutz, Axel: Sind innersekretorische Störungen auf kongenital-luetischer Grundlage als Ursache der Hutchinsonschen Trias aufzufassen? (*Univ.-Hautklin., Helsingfors.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 46, S. 1960—1962. 1925.

Verf. hat 1913 die Hypothese aufgestellt, daß die Hutchinsonschen Zähne, möglicherweise die ganze Hutchinsonsche Trias, als Folge der durch Syphilisspirochäten hervorgerufenen Funktionsstörungen endrokiner Drüsen aufzufassen sei, da die Spirochäten sich mit Vorliebe in diesen ansiedeln und bei der Lues congenita dort besonders reichlich anzutreffen sind. Er diskutiert in dem vorliegenden Aufsatz die wichtigste Literatur über diese Frage; die wesentlichste entgegenstehende Meinung ist die, daß lokale Spirochätenansiedlung die Ursache der Störungen sei. Für die Hutchinsonschen Zähne suchen Buschke und Langer die Ursache in einer Hypoplasie des Zwischenkiefers. Verf. führt als Stütze für seine Hypothese einen Fall von Josephson an (Hutchinsonzähne bei Hypothyreoidismus ohne Lues) sowie die bei experimenteller Entfernung von Hypophyse und Nebenschilddrüsen beobachteten Zahnveränderungen. — Enroth fand bei 15 Fällen von Keratitis parenchymatosa Konstitutionsanomalien, die gleichfalls durch eine endokrine Störung erklärt werden könnten, und in $^2/_3$ der Fälle eine positive Abderhaldensche Reaktion auf innersekretorische Organe. — A. H. Hübner fand eine Reihe von endokrinen Störungen auf dem Boden der Lues. Bei Myxödem, bei Addison, in der Schwangerschaft sind Keratitiden beobachtet worden. Für die endokrine Ätiologie der Labyrinthitis findet sich kaum eine stichhaltige Begründung. Eine endgültige Antwort auf die Frage der Überschrift möchte selbst der Verf. auf Grund des vorliegenden Materials nicht geben; er empfiehlt aber, bei kongenitaler Lues Organpräparate (Schilddrüse, Sexualdrüsen) therapeutisch zu versuchen. *Erich Guttmann* (München).

Stuchlík, Jar.: Hirnlues als Status epilepticus verlaufend. Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 52, S. 1863—1869. 1925. (Tschechisch.)

Eine 34jährige gravide Frau wurde in einem schweren Status epilepticus eingeliefert. Sie hatte bis 386 Anfälle in 24 Stunden, innerhalb 3 Tagen über 750 Anfälle. Alle Therapie blieb erfolglos, erst die künstliche Frühgeburt machte den Anfällen ein Ende. Die Pupillen reagierten bei allen späteren Untersuchungen träge. Die WaR. war im Blut und Liquor stark

Digitized by Google

positiv. Die ersten Anfälle soll Pat. mit 32 Jahren bekommen haben. Nach einer antiluetischen Behandlung blieb Pat. anfallsfrei. Verf. bespricht die Differentialdiagnose, wobei besonders die Frage der Eklampsie, Epilepsie und Lues berücksichtigt wird. Er kommt zu dem Schluß, daß es sich um eine luetische Encephalitis gehandelt haben dürfte. *Sittig* (Prag).

Poór, Ferenc: Moderne Probleme der Luesbehandlung. Orvosképzés Jg. 15, H. 4, S. 311—325. 1925. (Ungarisch.)

Verf. unterzieht die Frage der modernen Luesprobleme einer Besprechung, in deren Rahmen auch die neurologischen Gesichtspunkte vollkommen gewürdigt, oft als maßgebend betrachtet werden. Poór geht davon aus, daß die 3 Errungenschaften der Luesfrage: Entdeckung der Spirochäten, Seroreaktion und Salvarsan die Luesfrage in jeder Beziehung einer neuen Betrachtungsweise unterwerfen müssen. Die Spirochäte wirkt unter Umständen ganz verschieden auf den menschlichen Organismus; der dermotrope und neurotrope Angriffspunkt stehen sich merklich gegenüber. Doch ist es noch unentschieden, ob diese verschiedene Angriffsweise von einer Varietät der Spirochäte, von keimplasmatisch bedingten individuellen Dispositionen oder von einer unter dem Einflusse der Behandlung entstandenen veränderten Reaktion — Allergie — abhängig geworden ist. Die Berücksichtigung dieser Faktoren zwingt jedenfalls zu einer Reform der Therapie in dem Sinne, daß gegenüber der bisherigen allzusehr schematischen Behandlungsweise eine mehr individualisierende in den Vordergrund zu treten habe. Die technischen Schwierigkeiten der Spirochätenkulturen lassen die ideale Immunkörpertherapie derzeit noch als ausgeschlossen erscheinen, wir müssen uns mit der Chemotherapie begnügen. Erfahrungen mit Truffi- und Mulzerstamm, Varianten und gegenseitige Übergänge derselben geben Anlaß zur Annahme von Willmanns, daß unter der üblichen Luesbehandlung die Umänderung der dermotropen Lues in eine neurotrope begünstigt werden kann. Die Annahme, daß ungenügend behandelte Syphilis das Entstehen der Nervenlues begünstige, hat keine Bestätigung erfahren, ja manche Statistiken beweisen gerade das Gegenteil, daß allzu intensive, speziell Salvarsanüberbehandlung zur Nervenlues disponiere; hierfür sprächen auch Befunde, daß bei Völkern, wo Nervenlues früher unbekannt war, seit der Salvarsanära Nervenlues ebenso häufig sei als bei anderen Kulturvölkern. Spielmeyers Erfahrungen mit Tripanosoma Brucei und jene Stühmers mit Nagara deuten darauf, daß unter Salvarsaneinfluß die in ihrer Virulenz geschwächten Spirochäten ihre dermotropen Eigenschaften einbüßen, dafür neutrope gewinnen können. Nach Würdigung der Buschke-Kroóschen Recurrensversuche, daß Salvarsan die Hautimmunität vermindern, aber nicht den Gesamtorganismus immunisieren kann, verwahrt sich P. dagegen, als ob er die überwältigenden Erfolge und Vorteile des Salvarsans herabsetzen wollte, aber eine rationelle Therapie müsse all diese Momente vor Augen halten und Einseitigkeiten vermeiden. Mit dem ganzen Arsenal der derzeitigen Luestherapie müsse man danach trachten, durch einen individuell verschiedenen Heilungsplan womöglich in allen Organen jenen reaktiven Prozeß hervorzurufen, welcher die Allergie des Organismus in dem Sinne zu verändern imstande ist, daß eine endgültige Vernichtung der Parasiten erfolgen könne. Verf. berichtet im Anschlusse über seine Nachprüfungen einer Frühbehandlung der Syphilis mit Malaria nach Kyrle, welche bei seinen Kontrollfällen zweifellos auffallend günstige Beeinflussungen zeigt, ohne Negativwerden der WaR. Doch fand er auch bei jenen Fällen, wo die luetischen Erscheinungen durch die Malaria nicht beeinflußt wurden, eine nachträgliche auffallende Resistenz gegenüber Salvarsan und Hg. Die geringe Zahl seiner beobachteten Fälle und kurze Dauer der Beobachtung lassen keine endgültigen Urteile zu. Bei richtiger Anwendung aller Heil- und Untersuchungsmittel gehört die Syphilis schon heute zu jenen Krankheiten, welche mit der größten Aussicht auf Erfolg geheilt werden kann. Eine ungenügende und einseitige Behandlung kann meist nur ungenügend wirken. Die Liquoruntersuchung allein deutet nicht unbedingt auf einen irreparablen Prozeß der Nervenlues, denn in fast 60% der sekundären Fälle findet man positive Liquorveränderungen, welche ohne Übergang in eine Nervenlues restlos heilen können. Zum Entstehen einer

Digitized by Google

Nervenlues gehört noch unbedingt ein weiterer Faktor: daß ein virulenzschwaches Syphilisvirus nicht imstande ist, genügend Antikörper zu bilden, was zumeist als Folge einer unzweckmäßigen Syphilisbehandlung anzusehen ist. Neue Untersuchungen haben ergeben, daß Salvarsan durch Verankerung direkt spirillocid wirke, die Schwermetalle hingegen durch Veränderung der Tätigkeit gewisser Zellgruppen und damit durch Veränderung der konstitutionellen Verhältnisse, während Jod wieder einen anderen Angriffspunkt besitzt. In der Verschiedenheit der Wirkungs- und Angriffsweise der verschiedenen antisyphilitischen Mittel liegt der besondere Erfolg einer Syphilisbehandlung mit mehreren Mitteln, welcher Erfolg bei Verwendung eines einzigen Mittels nach den Erfahrungen P.s ausbleibt. Hauptpunkt einer aussichtsreichen Behandlung der syphilitischen Infektion ist das möglichst frühzeitige Einsetzen der Kur. Erfolgt diese im seronegativen Stadium, und bleibt das Serum während der Kur ständig negativ, dann kann von einer definitiven und abortiven Heilung die Rede sein. In diesem ist das Neosalvarsan das Mittel der Wahl. Sowie die Behandlung bereits im seropositiven Stadium einsetzt, oder wenn das Serum während der Kur positiv wird, dann muß die kombinierte Kur mit mehreren Mitteln unter ständiger Liquorkontrolle einsetzen und ohne Rücksicht auf Verschwinden sekundärer Erscheinungen unter weiterer fortwährender Liquorkontrolle bis zum Negativwerden durchgeführt werden. Quecksilber und Bismut sind so ziemlich gleichwertig; Verf. betont, daß eine Quecksilbereinreibung lege artis einer Injektionskur jedenfalls ebenbürtig sei. Die weiteren Ausführungen beziehen sich auf die Details der Durchführung, ohne besonderes neurologisches Interesse. Nur die frühzeitige und mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln durchgeführte Behandlung der Syphilis zeitigt die besten Erfolge und verhindert nach Möglichkeit das Auftreten einer späteren Nervenlues. *Karl Hudovernig* (Budapest).

Goldsmith, H.: A plea for standardized and intensive treatment of the neurosyphilitic and paretic. (Eine Mahnung zu einer regelrechten und intensiven Behandlung der Neurolues und Paralyse.) (*Psychopath. hosp., Baltimore city hosp., univ. of Maryland, Baltimore.*) Americ. journ. of psychiatry Bd. 5, Nr. 2, S. 251—261. 1925.

237 Fälle von Neurolues, und zwar 155 von p. P., 34 von Lues cerebrospinalis, 48 von Psychosen, bei welchen eine luetische Genese angenommen wurde. Intensive spezifische Behandlung. Unter den Paralysen 29% Besserungen, 43½% keine Besserungen, 27%Todesfälle. Bei den Fällen von Lues cerebri 58% wesentliche Besserung, 11¾% blieben unbeeinflußt, 29% Exitus. Bei den luetischen Psychosen 48% Heilung, 41⅔% Besserung, 33⅓% keine Beeinflussung. Verf. verwendete ausschließlich Neo- und Sulpharsphenamine, das abwechselnd gegeben wurde. Neosalvarsan in Anfangsdosis von 0,4 gm bei weiblichen, von 0,6 gm bei männlichen Patienten, allmähliche Steigerung bis zur Dosis von 0,9 gm; intravenös, etwa ½ Stunde später Spinalpunktion mit Entnahme von durchschnittlich 75 ccm Liquors (in einem Falle von p. P. 210 ccm); 3 Tage später nach jeder Neosalvarsaninjektion 1—1,5 g Hg. salic., intramuskulär. Nach 5 Wochen dieser Behandlung durch 4 Wochen intern Jod; darauf Serie von Sulpharsphenamine, intramuskulär, 0,3 steigend bis 0,6 gm, wieder durch 5 Wochen, gleichzeitig intern ein Hg- und J-haltiges Präparat. Solcher zusammenhängender Serien wurden bis zu 6 verabfolgt. In beiläufig 30% der Paralytiker wurde der Serum-Wa nach 3—4 Serien negativ, während der Liquor-Wa überall unbeeinflußt blieb. Bei den Fällen von Lues cerebralis wurde der Blut-Wa in 43% negativ und in 15% auch der Liquor-Wa. Im Beginne der Behandlung häufig Verschlimmerung der Erscheinungen und Gewichtsverlust; später zunehmende Besserung, auch der Sprachstörung, des Gedächtnisses. In vorgeschrittenen Stadien beobachtet man Verlängerung des Lebens und ein gewisses Maß von Beschäftigungsfähigkeit wie bei alten Schizophrenen. Verf. empfiehlt dieses energische spezifische Verfahren besonders den praktischen Ärzten für die Initialstadien der Erkrankung; die häufigen Lumbalpunktionen würden unter leichter Anästhesie mit Somneform (Ethyl-Methylchlorid) anstandslos vertragen. Einige Krankheitsgeschichten beschließen die Publikation. *Alexander Pilcz* (Wien).

Digitized by Google

Ullmann, K.: Erfahrungen über Na-Thiosulfat bei Salvarsanschädigungen. Dermatol. Wochenschr. Bd. 82, Nr. 1, S. 11—17 u. Nr. 2, S. 56—60. 1926.

Verf. gibt einen Überblick über die Formen der Salvarsanschädigungen: vasomotorische Überempfindlichkeit, Idiosynkrasie, Vergiftung infolge von zu hohen Einzeldosen und Kumulation. Als Heilmittel empfiehlt sich das Na-Thiosulfat (chemisch rein von Beiersdorf in den Handel gebracht). Die Verbindung stellt ein Antidot auch gegen Hg, Bi, Zn, Cu dar. Sie ist ungiftig und kann bis 2 g in 20—25 proz. Lösung intramuskulär und intravenös gegeben werden. Auch innerlich 1,0 g pro dosi mehrmals am Tage kann es verwendet werden. Eigene Tierversuche des Verf. sprechen für die Wirksamkeit des Präparates, ebenso einige Krankenbeobachtungen. Auch bei Bleivergiftung ist Natriumthiosulfat wirksam. Da das Antidot durch Überführung der Metalle in ungiftige Verbindungen wirkt, kann es zur Präventivbehandlung oder zur Prophylaxe bei der Salvarsantherapie nicht in Frage kommen. *Henneberg* (Berlin).

Traumatische Nervenerkrankungen, Kriegsverletzungen:

Glatz, H.: Über Tentoriumrisse. (*Pathol.-anat. Inst., Univ. Graz.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 89, H. 2, S. 325—341. 1925.

Unter 96 im Institut obduzierten Kindern, deren ältestes 19 Tage alt war, wurden 44 mal Zerreißungen bzw. Sugillationen in Falx und Tentorium gefunden. An Hand der Krankengeschichten und Befunde wird eine Erklärung der einzelnen Rißformen versucht, die im Original nachzulesen ist. *Krambach* (Berlin).

Langelüddeke: Encephalogramme eines traumatischen Epileptikers. Ges. d. Neurol. u. Psychiater, Groß-Hamburg, Sitzg. v. 27. XI. 1925.

Auf der ersten Platte war der rechte Ventrikel gefüllt, der linke leer; auf der zweiten dagegen der linke Ventrikel gefüllt, der rechte leer. Das erklärte sich zwanglos dadurch, daß Pat. zwischen beiden Aufnahmen auf der rechten Seite gelegen hatte, so daß die eingeblasene Luft durch das For. Monroi in den anderen Ventrikel entweichen konnte. Beide Ventrikel waren erweitert, ihre Form ohne Besonderheiten. Es wird vor einer Überschätzung kleiner Seitendifferenzen im Encephalogramm gewarnt. *Autoreferat* (durch *V. Kafka* [Hamburg]).

Brunner, Hans: Pathologie und Klinik der Erkrankungen des Innenohres nach stumpfen Schädeltraumen. (*I. chir. Univ.-Klin. u. allg. Poliklin., Wien.*) Monatschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. Jg. 59, H. 6, S. 697—709, H. 7, S. 763—833 u. H. 8, S. 922—937. 1925.

Diese außerordentlich gründliche und auch für den Neurologen speziell hinsichtlich der Unfallbegutachtung sehr wertvolle Arbeit stützt sich auf die klinische Beobachtung von 98 größtenteils vom Verf. selbst untersuchten Fällen, auf die histologische Untersuchung von 9 Schläfenbeinen, und zwar von Patienten, die entweder an einem Schädeltrauma zugrunde gegangen waren oder während des Lebens ein solches durchgemacht hatten, und sodann auf die Untersuchung von 12 Meerschweinchen, denen experimentell Schädeltraumen zugefügt waren. Manche Auffassung vom Wesen sog. postkommotioneller Beschwerden, wie sie in Lehrbücher übergegangen ist und die Verf. teilweise wörtlich anführt, bedarf der Revision. Um der sehr inhaltreichen Arbeit im Referat am besten gerecht zu werden, hält sich Ref. im wesentlichen an die vom Verf. gegebene Zusammenfassung. So ergibt sich als Resumee der Untersuchung nach experimenteller Commotio, daß meist in den Kernen des Cochlearis und insbesondere des Vestibularis degenerative Veränderungen gefunden werden. Sie sind um so ausgeprägter, je länger das Tier das Trauma überlebt. Die Veränderungen des Gehirns sind teils durch die direkte Einwirkung des Traumas auf die Hirngewebe, teils durch die vom Trauma ausgelösten Zirkulationsstörungen im Schädelinnern hervorgerufen. Gemäß den gefundenen Veränderungen in den Oktavuskernen findet man in 43% der Fälle von Commotio cerebri Ohrsymptome. Diese können sein: labyrinthärer Schwindel, spontaner Nystagmus, kalorische Übererregbarkeit und Ohrensausen. Die Prognose von Fällen mit Commotio cerebri wird dadurch getrübt, daß der Schwindel viele Jahre lang in Attacken auftreten kann. In vielen Fällen von

Digitized by Google

Commotio mit Ohrensymptomen läßt sich durch kalorische Übererregbarkeit oder durch den Bewegungsnystagmus noch viele Jahre nach dem Trauma das Bestehen von Schwindel objektiv nachweisen. Die Commotio auris internae umfaßt alle Veränderungen des Innenohres, die infolge eines Schädeltraumas auftreten, ohne daß es zu einer Fraktur der knöchernen Innenohrkapsel gekommen ist. Die pathologischen Veränderungen bei der experimentell hervorgerufenen Commotio auris internae manifestieren sich an den Blutgefäßen, an der Peri- und Endolymphe, an dem Aquaeductus cochleae und an der Membran des runden Fensters, während das Sinnesepithel intakt bleibt. Die Blutgefäße sind strotzend gefüllt und zeigen perivasculär Exsudat und ein lymphocytäres Infiltrat. In den endo- und perilymphatischen Räumen finden sich Exsudat und freie Blutungen. Der Aquaeductus cochleae ist mit Blut, Bindegewebe und Blutpigment ausgefüllt. Die Fenstermembran zeigt an ihrer Ansatzstelle freie Blutungen. Die Innenohrerschütterung kommt durch eine Stoßbewegung der Innenohrflüssigkeit und eine Zirkulationsstörung des Blutes zustande. Während die Stoßbewegung der Innenohrflüssigkeit und ihre Folgen rasch abklingen, bleiben die Zirkulationsstörung und ihre Folgen bestehen, und dieses Krankheitsbild wird vom Verf. als „Otitis interna vasomotoria" bezeichnet. Kinisch früher auch als „lymphokinetische Innenohrerkrankung" bezeichnet, kann sie nur die Perilymphe oder die Endo- und Perilymphe betreffen. Im ersteren Falle findet man nur eine Mittelohrschwerhörigkeit höheren Grades, in letzterem Falle hingegen Mittelohrschwerhörigkeit, spontane Labyrinthsymptome, Aufhebung bzw. Abschwächung der kalorischen Reaktion bei erhaltener Drehreaktion. Das Symptomenbild der endo- und perilymphatischen Erkrankung kann in vier typischen Varianten auftreten: a) Reine Mittelohrschwerhörigkeit, Aufhebung der kalorischen Reaktion, Erhaltung der Drehreaktion; b) Mittel- und Innenohrschwerhörigkeit, Aufhebung oder Herabsetzung der kalorischen Reaktion, Erhaltung der Drehreaktion; c) Mittelohrschwerhörigkeit, Aufhebung oder Herabsetzung der kalorischen Reaktion, Aufhebung oder Herabsetzung der Drehreaktion; d) Mittel- und Innenohrschwerhörigkeit, Aufhebung oder Herabsetzung der kalorischen und Drehreaktion. Schließlich können nach Schädeltraumen Anfälle von heftigem Nystagmus bei bestimmten Körperlagen auftreten. Die Ätiologie dieser Anfälle ist nicht ganz klar. Die Anfälle verschwinden aber bald nach dem Trauma. Wird durch das Schädeltrauma eine Commotio cerebri et auris internae ausgelöst und treten nach dem Trauma Zeichen einer Innen- und Mittelohrschwerhörigkeit auf, so ist gewöhnlich eine Besserung des Hörvermögens nicht zu erwarten. Wird durch das Schädeltrauma eine reine Mittelohrschwerhörigkeit ausgelöst, so kann sich diese Schwerhörigkeit insbesondere bei jugendlichen, gesunden Individuen bessern. Nur die Querfraktur des Felsenbeines ist als Innenohrfraktur zu bezeichnen, die Längsfraktur findet sich auch mit einem vollkommen normalen Innenohre vereint. Die typische Querfraktur zerstört vor allem die Vorhofsgebilde und die angrenzenden Abschnitte des Innenohres (Ampullen, Vorhofsabschnitt der Schnecke). Die Querfraktur ist meist tödlich, wird sie aber überlebt, so ruft sie Taubheit und labyrinthäre Unerregbarkeit hervor. Eine Besserung des Befundes ist in diesen Fällen nicht zu erwarten. Die Differentialdiagnose zwischen Querfraktur und schwerer Innenohrerschütterung kann in manchen Fällen sehr schwer werden, selbst bei Benutzung des Röntgenverfahrens. *Pette* (Hamburg).

Trotter, Wilfred: An address on the management of head injuries. (Vortrag über die Behandlung der Kopfverletzungen.) Lancet Bd. **209**, Nr. 19, S. 953—956. 1925.

In therapeutischer Hinsicht teilt Verf. die Kopfverletzungen in 3 Gruppen ein: 1. intrakranielle Blutungen, 2. schwere und 3. leichte Erschütterungen mit Gehirnveränderung. Bei den ersteren warnt Verf. vor dem übereilten Operieren lediglich aus dem Gefühl, es müsse sofort etwas geschehen; Fälle mit rasch fortschreitender Lähmung haben eine schlechte Prognose, an der durch die Operation nichts geändert werden kann. Fälle, die einer Besserung fähig sind, gestatten ein Abwarten, sorgfältige Diagnose

Digitized by Google

und Vorbereitung der Operation. Bei den Fällen der zweiten Gruppe spielt in der Pathogenese der Symptome die Hirnschwellung eine Rolle. Hier ist unter Umständen eine Entlastungstrepanation indiziert, besonders wenn nach Ablauf einer Woche noch schwere cerebrale Allgemeinsymptome bestehen. Nur in seltenen Fällen braucht man eher zu operieren. Zur Behandlung der leichten Fälle und besonders der postkommotionellen empfiehlt Verf. Bettruhe, Lumbalpunktion oder intravenöse Injektionen hypertonischer Lösungen und Schlaf mit hochgelagertem Oberkörper.

Erich Guttmann (München).

Naville: Les irradiations lointaines douloureuses dans les traumatismes de la nuque. (Die entfernten schmerzhaften Ausstrahlungen bei den Unfällen des Nackens.) (*X. congr. de méd. lég. de langue franç., Lille, 25.—27. V. 1925.*) Ann. de méd. lég. Jg. 5, Nr. 8, S. 417—419. 1925.

48jährige Frau, Automobilunfall. Sturz auf die Straße. Wunden in der Hinterhauptsgegend, im Nacken, Rücken, in der Gesäßgegend. Keine Zeichen von Rückenmarkläsion. Bettruhe. Als Pat. wieder aufstand, spürte sie sehr heftige, plötzlich nur beim Beugen des Kopfes nach vorn auftretende und nach dem Rücken, den Armen und Beinen ausstrahlende Sensationen von Elektrisieren; dieselben dauern nur einige Sekunden und bewirken, daß Pat. die in ihrer Hand befindlichen Gegenstände fallen läßt oder selbst zu fallen droht, wenn sie aufrecht steht. Objektiver Befund völlig negativ; keine Rückenmarks- oder Wirbelsäulensymptome, keine Meningeal- oder Wurzelzeichen, keine Neuro- oder Psychopathie; nichts an den peripheren Nerven. Verf. glaubt nicht an simulierte oder funktionelle Schmerzen; das Symptom ist auch von anderen Autoren (P. Marie, Babinski, Dubois, Lhermitte, Ribeton) bei Nackenunfällen beschrieben und bei Kriegsverletzten beobachtet worden. Es tritt selten auf, an seiner organischen Natur besteht aber kein Zweifel. Es tritt frühestens einen Monat nach dem Unfall auf, wenn der Verletzte wieder zu gehen beginnt, und dauert meist noch 3—4 Monate an. Es ist also ein Rekonvaleszenzsymptom und steht wahrscheinlich in Beziehung zu der Regenerationsphase der durch leichte traumatische Läsion entmarkten Rückenmarksnervenfasern. Auch bei Regeneration der peripheren Nerven tritt Ameisenlaufen auf (Tinel). Daß es sich lediglich bei Verletzungen der Nackenregion zeigt, liegt daran, daß nur dort die Wirbelsäule biegsam und beweglich genug ist, so daß ihre Bewegungen ein leicht geschädigtes Rückenmark zerren und reizen können. Behandlung: Röntgenstrahlen.

Kurt Mendel.

Bechterew, W. M., und M. G. Schumkow: Die Lokalkontusionsneurose. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 3/4, S. 409—423. 1925.

Bechterew und Schumkow bringen zwei Fälle von Beinquetschung, bei denen sie zunächst örtliche Hyperästhesie mit leichter Hyperästhesie der ganzen entsprechenden Körperhälfte, dann nach 2 Wochen und in der weiteren Folgezeit Hyperästhesie leichtester Art nachweisen konnten. Entsprechend seiner allgemeinen „Reflexologie" deutet B. diese Erscheinungen im Sinne eines Gefäßshocks, der sich unter Vermittlung des nervösen Apparates auf die entsprechende Körperhälfte ausdehnt. Beschwerden lokalisierter oder allgemeiner Art werden nur im ersten Stadium empfunden, sie entsprechen in ihrer Intensität der Intensität der örtlichen Schädigung. — Überraschend wirkt, daß B. diese von ihm selbst als physiologische Reaktion gedeuteten, an sich sehr interessanten Beobachtungen verallgemeinert, sie als lokale Neurose deutet und mit den ganz andersartigen Bildern der Oppenheimschen „traumatischen Neurose" zusammenbringt, von der er behauptet, daß sie als „bestimmte klinische Krankheitsform anerkannt" sei.

Stier (Charlottenburg).

Nervenkrankheiten der Tiere:

Fischer, Olga: Über Hypophysengeschwülste der weißen Ratten. (*Veterin.-pathol. Inst., Univ. Bern.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **259**, H. 1, S. 9 bis 29. 1926.

Bei 3 weißen Ratten konnte Verf. Hypophysentumoren beobachten, von denen 2 genauer untersucht wurden. Beide gingen von der Prähypophyse aus, und zwar von der Umschlagsstelle, wo Pars anterior und intermedia ineinander übergehen. Die Tumorzellen — eosinophile Elemente, aber ohne jede Granulation — gleichen am meisten den „Kastrationszellen" der Rattenhypophyse, als deren Mutterzellen die großen, oft mehrkernigen Zellen am Rand der Prähypophyse angesprochen werden. Die Zellen zeigen starke Sekretionserscheinungen, im 2. Fall ergeben sich Zeichen erschwerten Sekretabflusses (Physalidenbildung). In den zentralen Tumorabschnitten hatte es in präformierte Kanäle (Drüsenlumina?) geblutet, wodurch ein kavernomartiger Bau zustande gekommen war. Beide Tumoren zeigen unscharfe Begrenzung, infiltrierendes Wachstum, starke Zellatypie mit Riesenzellen und zahlreichen und unregelmäßigen Mitosen, sind also als Carcinome zu deuten. Im einen Fall war noch ein

Digitized by Google

zweiter Tumor vorhanden, ein Adenom der Pars intermedia bzw. tuberalis, das mit hochdifferenzierten Epithelzellen ausgekleidete kolloidgefüllte Cysten enthielt mit Zeichen sowohl der Hypersekretion wie der Sekretretention und das an die fetalen Adenome Kraus' gemahnt. Die Hypophysenhöhle enthielt Krystalle in Form rhombischer Tafeln, umgeben von Fremdkörperriesenzellen. Klinisch hatte Abmagerung, in den letzten Tagen Hinfälligkeit, in einem Fall Zwergwuchs bestanden. Bemerkenswert ist, daß in beiden Fällen voll funktionierende Ovarien vorhanden waren. Die Schilddrüse enthielt beide Male tubulöse Adenome, im einen außerdem ein Adenocarcinom. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

M'Fadyean, John: Cholesteatoma in the brain of horse. (Hirncholesteatom beim Pferd.) (*Roy. veterin. coll., London.*) Journ. of comp. pathol. a. therapeut. Bd. 38, Nr. 4, S. 295—297. 1925.

Mitteilung eines Falles. Hirnsymptome erst 3 Tage vor dem Tode. Es fanden sich auch haarartige Gebilde in der Cyste. Auf diese Tumoren sollte der Name Cholesteatom beschränkt werden. Die „Plexuscholesteatome" der Pferde werden in England — aber offenbar auch nicht zutreffend — Psammome genannt. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Spezielle Psychiatrie.

Epilepsie, Kinderkrämpfe:

Jelenkiewicz, L.: Contribution expérimentale à la pathogenèse de l'épilepsie. (Experimenteller Beitrag zur Pathogenese der Epilepsie.) (*Hôp. Enfant-Jésus, Varsovie.*) Presse méd. Jg. 33, Nr. 104, S. 1722. 1925.

Eine Kranke mit Ulcus ventriculi erhielt intravenös 10 ccm einer 10proz. Lösung von Ammonium chloratum. Unmittelbar darauf allgemeine tonische Krämpfe mit Bewußtlosigkeit, denen klonische Krämpfe und Schlaf folgten. Vorher nie ein epileptischer Anfall. Jelenkiewicz weist darauf hin, daß bei der Epilepsie Störungen des Ammoniakstoffwechsels nachgewiesen wurden. Er selbst hat durch Injektion von Ammoniumsalzen bei Kaninchen den epileptischen Anfällen ähnliche Anfälle hervorgerufen, die bis zu 8 Stunden dauerten. Interne Verabreichung derselben Salze ist in dieser Hinsicht wirkungslos. Aber Ammonium bromatum erzeugt intravenös auch Anfälle, das Ammoniumion übertönt also die sedative Wirkung des Bromions. Konvulsible Eigenschaften des Ammoniaks sind übrigens schon bekannt. *E. Redlich* (Wien).

Vilató, J.: Kindliche Eklampsie und epileptisches Symptomenbild. Rev. española de med. y cir. Jg. 8, Nr. 90, S. 683—687. 1925. (Spanisch.)

Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen: 1. Es bestehen enge Beziehungen zwischen Eklampsie und Epilepsie. 2. Der eklamptische und der epileptische Anfall sind nach fast einstimmigem Urteil identisch. 3. Die idiopathische Eklampsie verschwindet aus der modernen Literatur. 4. Einzelne Autoren rechnen die infantile Eklampsie zum spasmophilen Symptomenkomplex. 5. Es besteht heute die Neigung, die Eklampsie zum epileptischen Syndrom zu zählen. *Maas* (Berlin).

Heberer, H.: Zur Lehre von der Epilepsie beim Weibe. Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 32, S. 1824—1829. 1925.

Heberer bekennt sich als Anhänger Stekels in der psychoanalytischen Auffassung und Behandlung der Epilepsie. Zur Bekräftigung gibt er die Psychoanalyse eines Falles, eine 34jährige Frau betreffend, die seit dem 12. Jahre — nach einem Sturz — an Anfällen leidet, die, soweit die ganz kursorische Schilderung des Falles ein Urteil gestattet, epileptischer Art sind. Psychoanalytische Behandlung, die die Anfälle zum Schwinden gebracht haben soll. Nach einem Jahr Geburt eines Kindes. Brieflicher Bericht des Mannes: „Frau und Kind sind wohlauf." *E. Redlich* (Wien).

Volland: Über auffallende Kraft- und Gewandtheitsleistungen bei Epilepsie. (*Anst. f. Epilept., Bethel-Bielefeld.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 99, H. 1/2, S. 92—128. 1925.

Neben den außergewöhnlichen Kraftleistungen, die vom Epileptiker im Anfall und im Dämmerzustand hervorgebracht werden können, bei denen normale Ermüdungserscheinungen in der Regel fehlen, war häufig eine besondere körperliche Geschicklichkeit, auffallende Gewandheit im Klettern, im Kriechen, außergewöhnliches Funktionieren der Steh- und Stellreflexe — zu beobachten, die im freien Zustande nicht vorhanden waren. Am bemerkenswertesten waren die Fälle, die im freien Intervall mit asthmatischen Beschwerden, bezw. mit schweren Dekompensationsstörungen des

Digitized by Google

Herzens behaftet, körperlich behindert und dyspnoisch ans Bett gefesselt, trotzdem im Verwirrungszustand zu ganz außerordentlicher Kraftentfaltung sich fähig zeigten, ohne daß dadurch eine schädigende Nachwirkung sich eingestellt hätte. Die beschriebenen motorischen Phänomene, die als Kampf-, Abwehr- und Fluchtbewegungen in einem krankhaft veränderten Seelenzustand ausgeführt werden, lassen die Wiederkehr charakteristischer, phylogenetisch uralter, einst zur Behauptung des Lebens höchst notwendiger, dem rezenten Menschen fremdgewordener Mechanismen erkennen. Sie dürften auf eine Störung und Lockerung des Rindeneinflusses auf das Extrapyramidium und ein verstärktes Hervortreten subcorticaler Mechanismen zurückzuführen sein. Die umfangreiche Begründung dieser Auffassung wie die klinisch interessanten Einzelheiten — auf Grund einer über 2 Jahrzehnte sich erstreckenden Spezialerfahrung war der Verf. imstande, ein sehr bemerkenswertes Material (35 Fälle) zusammenzutragen — sind im Original nachzulesen. *F. Georgi* (Breslau).

Dalma, Giovanni: Studi sulla pressione del liquido cefalo-rachidiano negli epilettici. (Studien über den Liquordruck bei Epileptikern.) (*Istit. psichiatr., Reggio Emilia.*) Riv. sperim. di freniatr., arch. ital. per le malatt. nerv. e ment. Bd. **49**, H. 2/3, S. 371—399. 1925.

Verf. hat bei Epileptikern die Hyperventilation nach Otfried Foerster oder die Kompression der Jugularis nach Bier vorgenommen und den Liquordruck mit dem Manometer von Claude gemessen. Durch die Hyperventilation konnte in 3 von 15 Fällen ein Anfall ausgelöst werden. Bei normalem Anfangsdruck wurden Anstiege bis 42, 68 resp. 50 cm Wasser erhalten, die im tonischen Stadium anhielten und im klonischen oszillierend bis zum Normaldruck absanken. Bei 35 Epileptikern wurde die Kompression der Jugularis nach Bier durch 5 Stunden vorgenommen, ohne einen Anfall auszulösen. Auch konnten keine Pyramidenzeichen durch die Kompression hervorgerufen werden. Die durch die Kompression hervorgerufene Drucksteigerung bleibt geringer als jene im epileptischen Anfall. Sie dürfte auch nicht von pathologischer Bedeutung sein, sondern den Anfall lediglich begleiten. Die einfachste und wahrscheinlich einzige Ursache der Drucksteigung ist die Venosekongestion als Folge der Apnoe oder der Spasmen der Thoraxmuskulatur. Auch der schnelle Druck und die Liquorsekretion werden pathogenetisch als sekundär angesehen, da Pilocarpin-, Adrenalin- oder Natriumnitratinjektion, wie Amylnitrateinatmung den endolumbalen Druck nicht oder gering beeinflussen. *V. Kafka* (Hamburg).

Hamilton, Bengt: A comparison of the concentrations of inorganic substances in serum and spinal fluid. (Vergleich zwischen anorganischen Substanzen im Serum und Liquor.) (*Med. clin., childrens hosp. a. dep. of pediatr., Harvard med. school, Boston.*) Journ. of biol. chem. Bd. **65**, Nr. 1, S. 101—115. 1925.

Vergleichende Untersuchungen im Liquor und Serum von 17 Epileptikern ergaben normale Konzentrationen des Cl, des H_2CO_3, des Ca und des anorganischen Phosphors. Beim Versuch, die Serum- und Liquorwerte in direkte Beziehung zu setzen, wurden keine eindeutigen Resultate erzielt. *F. Georgi* (Breslau).

Toporkov, N.: Über kausale Behandlung der genuinen Epilepsie. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 964 bis 971. 1925. (Russisch.)

Verf. gehört zu denjenigen Autoren, die vor einigen Jahren die enorme Häufigkeit der Lues bei Schizophrenen nachgewiesen haben wollen. Er beschuldigt in der neuen Arbeit dasselbe ätiologische Moment — Heredolues — bei der genuinen Epilepsie und führt eine Reihe von Fällen an, wo die spezifische Behandlung ausgezeichnet wirkte. Die kongenitale Syphilis läßt sich meist weder anamnestisch noch serologisch nachweisen, insofern man nicht zufällig bei den Ascendenten und Seitenlinien metaluetische oder heredodegenerative Stigmata findet. Die große Minderzahl der idiopathischen Epilepsie ist traumatischer oder postinfektiöser Herkunft, wobei nicht ausgeschlossen

Digitized by Google

ist, daß den Traumen und der Infektion nur die bescheidene Rolle eines Agent provocateur der latenten Syphilis zukommt. Die spezifische Therapie soll womöglich früh eingreifen. Verf. spricht von 140 Epileptikern, ohne genauer anzugeben, ob es sich um ebensoviel luetische oder vermutlich luetische handelt, um 140 spezifisch geheilte bzw. gebesserte, oder ob er über die Allgemeinzahl behandelter 140 Patienten von verschiedener Ätiologie verfügt. Toporkov verspricht die Veröffentlichung einer ausführlichen Abhandlung. (Ref. möchte hervorheben die Häufigkeit der Epilepsie unter der jüdischen Bevölkerung Polens, Litauens, Süd- und West rußlands, die enorm wenig von Lues, speziell Heredolues seitens der Ascendenten, ergriffen ist. Den heredoluetischen Boden der genuinen Epilepsie betonen auch in den letzten Jahren die französischen Kinderärzte.) *Higier* (Warschau).

Weygandt, Wilh.: Ökonomische Therapie der Epilepsie. (*Psychiatr. Univ.-Klin. u. Staats-Krankenanst., Friedrichsberg-Hamburg.*) Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 50, S. 2400—2404. 1925.

Übersichtliche Darstellung der bei Epilepsie in Betracht kommenden differentialdiagnostischen Erwägungen mit Zusammenfassung der bei symptomatischer und genuiner Epilepsie anzuwendenden Mittel. Bei ersterer wird die operative Therapie genauer besprochen, bei letzterer mit Recht neben der medikamentösen Therapie ein gewisser Nachdruck auch auf die Regelung der allgemeinen Lebensverhältnisse, insbesondere der Diät, gelegt. *G. Ewald* (Erlangen).

Vondráček, Vladimír: Pharmakotherapie der „genuinen" Epilepsie für den Praktiker. Časopis lékařů českých Jg. 65, Nr. 1, S. 24—27. 1926. (Tschechisch.)

Verf. bespricht zunächst die Bromtherapie, wobei er zur Verhinderung des Bromismus eine gleichzeitige Arsenmedikation, am besten in Form der Fowlerschen Tinktur, empfiehlt. Er erwähnt auch Versuche mit intravenöser Injektion von 10 proz. NaBr-Lösung, die zu einer Herabsetzung der Zahl der Anfälle führten. Von der Behandlung mit Luminal hat er außer leichter Eingenommenheit und Schläfrigkeit keine Folgeerscheinungen sehen können, auch eine bestehende Atherosklerose der inneren Organe bildet keine Kontraindikation. Mit dem von französischer Seite empfohlenen Kalium tartarico-boraxatum hat er, namentlich in Kombination mit Luminal, ermutigende Erfolge gesehen. Durch die Proteinkörpertherapie (Xifalmilch) allein kann die Epilepsie nicht geheilt werden, aber sie ermöglicht es, daß man mit einer viel geringeren Menge anderer Medikamente sein Auslangen findet und diese in ihrer Wirkung unterstützt. *Hans Zweig* (Brünn).

Beresnegovski, N. J.: Surgical treatment of Epilepsia partialis continua (Kojevnickovi). (Chirurgische Behandlung der Epilepsia partialis continua [Kojecnikow].) Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 5, S. 698—703. 1925.

In einem Fall von Epilepsia continua wurde dekompressive Trepanation mit dem Erfolg mäßiger Besserung, in einem anderen Fall Exstirpation eines Cysticercus mit der entsprechenden Rindenpartie, in 7 Fällen Exstirpation der betreffenden motorischen Zentren ausgeführt. Bei der Operation findet sich meistens Drucksteigerung und fehlende Pulsation. Die Lähmung nach Exstirpation der Zentren ist nicht vollkommen und pflegt sich allmählich zu bessern. Unter den 8 Fällen hatte der Eingriff dreimal gutes Ergebnis. Es waren jene Fälle, wo das Leiden auf einzelne Extremitäten oder Extremitätenabschnitte beschränkt war.
Erwin Wexberg (Wien).

Idiotie und Imbezillität, tuberöse Sklerose:

Borgards, Wilhelm: Psychologische und psychopathologische Voraussetzungen des Leseunterrichts in der Hilfsschule. Hilfsschule Jg. 18, H. 9, S. 262—271. 1925.

Nach einer kurzen Besprechung der physiologischen Voraussetzungen des Lesens, wobei Verf. besonders für Einführung der Antiqua namentlich im Beginn des Leseunterrichtes bei Hilfsschülern eintritt, werden die pathologischen Störungen, insbesondere die kongenitale Wortblindheit und die transcorticale Alexie, sowie ihre Behandlung dargelegt. *Schob* (Dresden).

Digitized by Google

Roubinovitch und M. E. Debray: Soziale Anpassung der geistig zurückgebliebenen Kinder in Frankreich. Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. **31**, H. 1/2, S. 18—19. 1925.

1909 wurde ein Gesetz über die Bildung von Nebenklassen, die den öffentlichen Schulen angeschlossen sind, und von selbständigen Hilfsschulen herausgebracht. Die selbständigen Schulen, die teilweise Halb- bzw. Ganzinternate sind, können die Schüler bis zum 16. Lebensjahr zurückhalten. Eine Umfrage der Verff. im Jahre 1922 stellte fest, daß von schätzungsweise 40000 bildungsfähigen schwachsinnigen Kindern nur 763 Kinder eines entsprechenden Unterrichtes teilhaftig waren. Die Verff. verlangen, daß das Gesetz von 1909 seinen fakultativen Charakter verliert und obligatorisch wird. *Schob.*

Pfister, Oskar: Ergebnisse des Rorschachschen Versuches bei Oligophrenen. (*Kantonale Pflegeanst., Rheinau.*) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. **82**, H. 2/4, S. 198—223. 1925.

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen an 59 Oligophrenen aller Grade zu folgenden Resultaten: Der Rorschachsche Formdeuteversuch eignet sich als Intelligenzprüfung für alle Grade der Oligophrenie. Der Versuch ist leicht durchführbar, auch tiefstehende Idioten geben brauchbare Protokolle. Da die Aufgabe für alle Versuchspersonen gleich ist, sind die Resultate gut vergleichbar. Das Schulwissen spielt dabei keine große Rolle. Die Versuchsresultate sind recht zuverlässig in bezug auf die Erkennung des Grades und der speziellen Art des Intelligenzdefektes; die Eigenschaften der Oligophrenen als Krankheitsgruppe kamen in den gewonnenen Durchschnittszahlen deutlich zum Ausdruck. Die bei Normalen für die Affektivität geltende Auswertung der Farbantworten hat für die Oligophrenen keine Gültigkeit. Die wesentlichsten aus dem gewonnenen Material hervorgehenden Widersprüche und Ergänzungen zu Rorschachs Angaben sind folgende: Die Zahl der Antworten der untersuchten Oligophrenen stand durchschnittlich unter dem Mittel der Normalen. Die Farbantworten waren weniger zahlreich als wie Rorschach angibt, sie ereichten nicht einmal das Mittel der Normalen. Sie geben keine Anhaltspunkte für die Erklärung der Affektivität. Antworten, die durch die Lage der Bildteile bestimmt sind, schienen für Oligophrenie charakteristisch zu sein. Dem Erfassungstypus kam bei den Oligophrenen keine wesentliche Bedeutung zu, da den Ganzantworten ganz verschiedene Determinanten zugrunde liegen können. *Schob* (Dresden).

Strasburger, Marja: Die Berufswahl für die in der Entwicklung zurückgebliebene Jugend. Szkoła specjalna Jg. **1**, Nr. 3, S. 188—196. 1925. (Polnisch.)

Von großer Wichtigkeit ist zielbewußte Berufswahl bei intellektuell zurückgebliebenen Individuen, denn sonst geht auch der die Sonderschule mit Erfolg Absolvierende im praktischen Leben verloren, wird unwillkürlich zum Faulenzer und eitlem Müßiggänger. Am empfehlenswertesten sind Feld-, Garten- und Waldarbeiten, Hauswirtschafterei auf dem Lande, da hier günstige hygienische und moralische Verhältnisse herrschen, näherer Kontakt mit dem breiten, bunten Städtepublikum ausgeschlossen ist und keine große persönliche Verantwortlichkeit verlangt wird. In der Großstadt arbeiten Männer am ratsamsten als Korbflechter, Bürstenmacher, Gerber, Töpfer, Tischler, Klempner, Seiler und Blecher, Frauen als Wäscherinnen, Büglerinnen, Strumpferinnen und Aufwärterinnen. Die professionellen Spezialschulen für die geistig Zurückgebliebenen sollen womöglich auf dem Lande eingerichtet werden und soll denselben ein orientierendes Büro für die Berufswahl, auf psychotechnischen Daten errichtet, angeschlossen werden. *Higier* (Warschau).

Progressive Paralyse, syphilitische Geistesstörungen, Trypanosomenkrankheiten:

Markuszewicz, R.: Ein Fall von progressiver Paralyse mit einer ungewöhnlichen Reaktion auf die Malariabehandlung. (*Städt. Krankenh. am Czyste, Warschau.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 1/2, S. 218—230. 1925.

Beschreibung eines Falles von progressiver Paralyse, der dadurch bemerkenswert ist, daß nach Malariabehandlung gleichzeitig mit einem halluzinatorisch-paranoischen Zustands-

Digitized by Google

bild Hautgummen zur Entwicklung kamen. Verf. sieht darin eine Bestätigung der in letzter Zeit vielfach geäußerten Ansicht, daß es sich bei der Malariabehandlung um eine Verschiebung des paralytischen Prozesses nach der Seite einer einfachen Hirnlues handelt. Er stützt sich dabei wesentlich auf die bekannten Angaben über miliare Hirngummen bei Paralyse, ohne allerdings Spielmeyers kritische Würdigung dieser Befunde zu berücksichtigen. Daß die Gummen in seinem Falle auf der Haut sich entwickeln, führt Verf. auf eine Sensibilisierung der Haut durch eine vorangegangene Impetigo und Furunkulose zurück. Nach dem Vorgang von Bloch bei der Trichophytie rät er, bei der Behandlung der Frühlues die Haut künstlich etwa durch Impfung mit Fadenpilz oder Eitererregern zu sensibilisieren, um den Kampf mit den Spirochaeten auf der Haut auszutragen, so lange die Erreger noch dermotrop sind.

A. Meyer.

Marie, A.: Rapport sur la malariathérapie en psychiatrie. (Malariabehandlung bei Psychosen). (*Congr. de malariol., Rom, X. 1925.*) Arch. internat. de neurol. Jg. **44**, Bd. **2**, Nr. 4, S. 121—132 u. Nr. 5, S. 161—175. 1925.

Das eingehende Referat bringt zunächst Geschichtliches über die Fiebertherapie der Geistesstörungen, um dann auf die Malariabehandlung der progressiven Paralyse, ihre Technik, die klinischen usw. Folgeerscheinungen der Impfung, die von den verschiedenen Forschern erzielten Resultate, die Theorien zur Erklärung derselben einzugehen und schließlich darauf hinzuweisen, daß auch die neuen therapeutischen Erfahrungen und Theorien die Frage nach dem Unbekannten noch nicht gelöst haben, das neben der Lues als Vorbedingung der Paralyse vorhanden sein muß. *Pfister* (Berlin-Lichtenrade).

Nonne, M.: Meine Erfahrungen über die Malaria-Behandlung der Paralyse. (*Univ.-Nervenklin., Hamburg-Eppendorf.*) Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 49, S. 1829—1832. 1925.

Nonne gibt einen Überblick über seine Erfahrungen bei der Malariabehandlung von 450 Paralytikern und 30 Tabikern. Die katamnestische Verwertung von 322 Fällen bringt ihn zu einem Heilergebnis von etwa 30%, wobei er unter Heilung versteht, daß die Kranken in ihrem Geisteszustand praktisch normal bezeichnet werden dürfen und berufs- und erwerbsfähig sind. Nicht nur die mit Erregung einsetzenden Fälle können prognostisch günstig verlaufen, sondern auch solche Fälle, die mit einfacher Demenz begonnen haben. Längere Zeit chronisch demente Fälle schließt er als erfolglos von der Behandlung aus. Er betont, daß die Fälle umso besser reagieren, je früher sie zur Behandlung kommen, und setzt sich vor allem für die Behandlung der Frühfälle ein, die wir heute eher als früher zu diagnostizieren in der Lage sind. Unter seinen 322 Fällen hatte er 8 % Todesfälle; Todesursache war in 13 Fällen Herzinsuffizienz. Bei 4 Kranken handelte es sich um Tropika, die vom Tropeninstitut als „Tertiana" geliefert worden war. Nur Fälle von Aortitis luica mit stärkerem klinischem Befund schließt er von der Malariabehandlung aus. Die Milz ist nur ausnahmsweise vergrößert nachweisbar. Daß Frauen gefährdeter seien als Männer, kann er nicht finden. Der Organismus schafft den jeweiligen Charakter des Fieberverlaufs. Die durch die Behandlung zu erreichenden Besserungen treten nicht unmittelbar im Anschluß an die Fieberbewegung auf. Die spezifische Nachbehandlung, die Wagner v. Jauregg empfiehlt, scheint ihm nicht unbedingt nötig zu sein. Er betont weiterhin, daß der Liquorbefund oft inkongruent ist mit dem sonstigen klinischen Bild. Pette fand bei 14 anatomisch untersuchten Fällen, die während oder unmittelbar nach der Kur starben, im allgemeinen keine besonderen histologischen Veränderungen. Bei den Tabeskranken sah N. keine Besserungen, die über das hinausgingen, was er sonst bei klinischer Behandlung gesehen hat. Nach dem heutigen Stand unserer Kenntnisse sieht N. für die Paralyse die Fieberbehandlung nach Wagner v. Jauregg als die Methode der Wahl an. *Ulrich Fleck* (Göttingen).

Kauders, Otto: Zur Technik der Wagner-Jaureggschen Malariatherapie in der Praxis. Über Malariablutkonservierung. (*Psychiatr.-neurol. Univ.-Klin., Wien.*) Seuchenbekämpfung Jg. **3**, H. 1, S. 18—23. 1926.

Nur mikroskopisch einwandfreie Tertianastämme dürfen verwendet werden. Da eine Züchtung der Malariaparasiten bisher nicht gelungen ist, ist das Malariablut bzw. sind die Plasmodien zu konservieren, will man letztere bis zum Zeitpunkt der Überimpfung in infektionsfähigem und infektionstüchtigem Zustande erhalten. Zu ihrer Konservierung ist nicht Körpertemperatur erforderlich, auch nicht Zimmerwärme, vielmehr

Digitized by Google

gelingt die Konservierung am besten bei einer Temperatur von wenigen Graden über Null. Durch die Konservierung sollen die Parasiten in der Ausübung ihrer biologischen Funktionen gehemmt werden derart, daß sie zwar weiter leben, sich aber nicht weiter entwickeln. Das Blut braucht nicht unmittelbar nach dem Fieberabfall entnommen zu werden, auch zu anderen Zeiten ist es infektionstüchtig. Vorbedingung für das Gelingen der Konservierung ist absolute peinlichste Sterilität. Die aus der Ellbogenvene zu entnehmenden 20 ccm Blut werden nach drei verschiedenen Verfahren, der Natriumcitrat-, der Blutagar- und der Gelatinierungsmethode verarbeitet. Alle drei konservierten Blute sollen auf ein und denselben Kranken überimpft werden, um das positive Impfergebnis auf jeden Fall sicherzustellen. Bei Verwendung derartig konservierten Blutes kann man innerhalb von 2 Tagen auf einen sicheren, innerhalb von 3 Tagen auf einen sehr wahrscheinlichen Impferfolg rechnen. Über Einzelheiten der verschiedenen Konservierungsverfahren ist im Original nachzulesen. *Alfred Schreiber.*

Marie, A., et Paul Chevallier: Essai de traitement préventif de la paralysie générale par l'inoculation de paludisme. Nécessité de la ponction lombaire précoce chez les syphilitiques. (Malariabehandlung zur Vorbeugung einer Paralyse. Aufforderung zur Vornahme frühzeitiger Lumbalpunktion bei Syphilis.) Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. Jg. **32**, Nr. 8, S. 422—425. 1925.

Die Autoren treten auf Grund ihrer Erfahrungen nicht nur für eine Malariabehandlung der Paralyse, sondern auch der Syphilitiker im Sekundärstadium ein, um hierdurch einer Paralyse vorzubeugen. Als Indikation sehen sie vor allem Liquorveränderungen an und empfehlen deshalb eine regelmäßige Kontrolle des Liquors. *Hauptmann.*

Ikhtemann, M.: Contribution à la question de la priorité du Dr. Rosenblum dans la nouvelle méthode du traitement de la paralysie générale. (Zur Frage über die Priorität des Dr. Rosenblum in der neuen Methode der Paralysebehandlung.) (*Polyclin. centrale, univ., Leningrad.*) Ann. des maladies vénér. Jg. **20**, Nr. 8, S. 561—565. 1925.

Der Verf. hat mit Bedauern konstatiert, daß die heute gebräuchliche Methode der Paralysebehandlung in Rußland den Namen Wagner-Jaureggs führt, anstatt den des Russen Rosenblum, welcher in den siebziger Jahren über die ersten Erfolge von Recurrensimpfungen bei Geisteskrankheiten berichtet hat. Er schlägt vor, von der „Methode Rosenblum" oder wenigstens „Methode Rosenblum-Wagner" zu sprechen. Dazu ist zu bemerken, daß Rosenblum lediglich über die Wirkung von fieberhaften Erkrankungen auf Psychosen berichtet hat, etwas, was schon seit Hippokrates bekannt war. Wie aus dem Zitat von Ikhtemann ersichtlich ist, handelte es sich um durchwegs chronische, durch andere Therapie unbeeinflußbare Fälle, welche Rosenblum offenbar Motschutkoffsky zur Recurrensimpfung zur Verfügung gestellt hatte. Rosenblum hat dieser von Wagner in seiner Publikation 1887 ausgesprochenen Vermutung nicht widersprochen. So reduziert sich Rosenblums Werk auf den Bericht über die Wirkung, wie es scheint, in ganz anderem Interesse ausgeführter Impfungen Motschutkoffskys. Rosenblum hat nicht einmal gewagt, in seinen russischen Publikationen von der Impfung zu sprechen. Ein Hinweis darauf findet sich nur in der deutschen Veröffentlichung von Dr. B. Oks. Das scheint ein Pseudonym Rosenblums gewesen zu sein, wenigstens konnte Wagner einen Autor dieses Namens 1887 nicht ausfindig machen. Wagner-Jauregg ist heute der am meisten gennante, man kann sagen, der berühmteste Arzt auf dem Erdenrund, weil die Erfolge seiner durch mehr als ein Menschenalter mit Konsequenz und systematisch aufgebauten Paralysetherapie überall nachgeprüft und anerkannt werden. Es erübrigt sich ein Wort des Vergleiches mit der Leistung Rosenblums. *O. Albrecht* (Wien).

Dedichen, H. A. Th.: Neue Versuche in der Paralysebehandlung. Norsk Magaz. f. Laegevidenskaben Bd. **86**, Nr. 12, S. 1335—1339. 1925. (Norwegisch.)

Kurze kritische Auseinandersetzung neuerer Prinzipien in der Metaluesbehandlung, besonders der Malaria- und Recurrenstherapie. *Ingvar* (Lund).

Kirschbaum: Fragen der Malariaparasitologie. Ges. d. Neurol. u. Psychiater, Groß-Hamburg, Sitzg. v. 27. XI. 1925.

Nach Infektion mit $^1/_2$ ccm Malaria tertiana-Blut und darauffolgender 6wöchiger täglicher Chiningabe von 0,3 g Chinin hydrochloric. ist die Infektion nicht beseitigt; nach 8 Wochen, 14 Tage nach Aussetzen der „Chininprophylaxe" setzt typische Malaria tertiana ein. Einige andere modifizierte Versuche ergeben gleichfalls ein Versagen des prophylaktischen Chininschutzes mit 0,3 g-Dosen nach stattgehabter Infektion. Es werden ferner Fieberkurven mehrerer Generationen eines reinen Tertianastammes demonstriert, der auf Chinin sehr viel schlechter

Digitized by Google

reagierte als andere Malaria tertiana-Stämme, die im Gegensatz zu diesem keine Rezidive bei viel geringerer Chininmenge aufkommen ließen. Im Anschluß hieran werden besondere Fragen über mögliche Unterschiede zwischen bestimmten Tertianaerregern, Artverschiedenheiten erörtert. Eigenbericht (durch *V. Kafka*, Hamburg).

Schizophrenie:

Halberstadt, G.: La schizophrénie tardive. (Die Spätschizophrenie.) Encéphale Jg. **20**, Nr. 9, S. 655—662. 1925.

Von den sog. Spätschizophrenien sind zunächst diejenigen schizophrenen Psychosen zu trennen, die durch einen schubweisen, protrahierten und abortiven Verlauf ausgezeichnet sind und deshalb nicht als Dementia praecox im eigentlichen Sinn bezeichnet werden können. In zweiter Linie müssen die Psychosen des mittleren und höheren Lebensalters ohne den charakteristischen Zerfall der Persönlichkeit, nicht selten mit melancholischen, wahnhaften oder auch katatonen Symptombeimengungen aus der Gruppe der Spätschizophrenien ausgeschieden werden. Wenn man diese verschiedenen Formen aussondert, bleibt nach der Ansicht des Verf. eine kleine Kerngruppe von Psychosen übrig, die sich in nichts von der Dementia praecox des Jugendalters unterscheiden. *Mauz* (Tübingen).

Raviart, G., et P. Nayrac: Sur la situation nosologique de la démence paranoïde. (Über die nosologische Stellung der Dementia paranoides.) (*Clin. psichiatr., fac. de méd., Lille.*) Ann. méd.-psychol. Jg. **83**, Nr. 3, S. 230—241. 1925.

Die Dementia paranoides ist keine Krankheitseinheit. Sie vereinigt zu viele und zu verschiedenartige Krankheitsbilder und bedeutet diagnostisch nicht mehr als ein Syndrom. Verf. teilt die Dementia paranoides in drei Gruppen, die konstitutionelle, gemischte und erworbene Dementia paranoides ein, die jeweils wieder in verschiedene Untergruppen zerfallen. *Mauz* (Tübingen).

Henckel, K. O.: Studien über den konstitutionellen Habitus der Schizophrenen und Manisch-Depressiven. (*Dtsch. Forschungsanst. f. Psychiatrie, Univ. München.*) Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 2: Zeitschr. für Konstitutionslehre Bd. **11**, H. 6, S. 639 bis 716. 1925.

Henckel gibt mit der vorliegenden Studie eine zusammenfassende Darstellung seiner bisherigen verdienstvollen anthropologischen Untersuchungen zu der Frage des konstitutionellen Habitus bei Schizophrenen und Manisch-Depressiven. Die wichtigsten Einzelergebnisse seiner diesbezüglichen Arbeiten sind in dieser Zeitschrift eingehend referiert. *Mauz* (Tübingen).

Benedek, Ladislaus: Stellungnahme eines Schizophrenen zum beginnenden Krankheitsvorgang. (*Klin. f. Psychiatrie u. Nervenheilk., Univ. Debrecen.*) Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. **44**, H. 2/3, S. 267—272. 1925.

Mitteilung eines Briefes, den ein an progredienter Schizophrenie leidender junger Mann vor Eintritt schwerer destruktiver Erscheinungen geschrieben hat. Der Brief gibt einen Einblick in das Verhältnis der Persönlichkeit zum beginnenden Zerfall. *Mauz* (Tübingen).

Gibbs, Charles E.: The suprarenal cortex and blood cholesterol in dementia praecox. (Nebennierenrinde und Blutcholesterol bei Dementia praecox.) (*Psychiatric inst., Wards Island, New York city.*) Americ. journ. of psychiatry Bd. **5**, Nr. 2, S. 189 bis 211. 1925.

Die Annahme einer gewissen Bedeutung der Nebennierenrinde für die Dementia praecox wurde durch gewisse Anomalien der sekundären Geschlechtscharaktere und des früheren sexuellen Verhaltens der Patienten nahegelegt. Bei Frauen: behaarte Brust, männlicher Typus der Schambehaarung, starker, z. T. invertierter Geschlechtstrieb. Bei Männern: männlicher Haarwuchs oft fehlend oder schwach, schwacher oder bald verschwindender Geschlechtstrieb. Daß die Nebenniere Einfluß auf die Geschlechtsentwicklung hat, geht aus manchen Erfahrungen bei Nebennierengeschwülsten hervor. Dies beruht auf den engen embryologischen Beziehungen der Nebenniere zu den Geschlechtsdrüsen. Auch zu dem Wachstum des Gehirns steht die Nebenniere in

Digitized by Google

Beziehung. Außer diesen embryologischen bestehen auch funktionelle Beziehungen zwischen Nebenniere einer- und Keimdrüsen und Gehirn andererseits. Das wird bewiesen durch die wichtige Rolle der Lipoide für den Stoffwechsel in den letzteren beiden Organen und die ausschlaggebende Rolle, die der Nebennierenrinde für den Lipoidstoffwechsel zukommt. Die wichtigsten Lipoide sind das Cholesterol und die „Phospholipine". Die Nebennierenrinde spielt eine große Rolle in den verschiedenen Phasen des Geschlechtslebens. Dasselbe gilt für die Lipoidsubstanzen: z. B. haben die weiblichen Sexualhormone Lipoidcharakter. Daß bei der Dementia praecox die Nebenniere eine Rolle spielt, geht aus der in vielen Fällen beobachteten Erniedrigung des Grundumsatzes hervor, wie sie auch nach Entfernung der Nebenniere beobachtet wird. Zur Feststellung der Bedeutung des Lipoidstoffwechsels für die Dementia praecox wurde der Cholesterolgehalt des Blutes bei 40 Patienten mit Dementia praecox und bei 27 Kranken mit anderen Psychosen untersucht. In 21 Fällen von Dementia praecox war der Cholesterolgehalt stark erniedrigt; diese Fälle betrafen sämtlich Männer; bei 6 weiteren Männern und bei den weiblichen Dementia praecox-Kranken sowie bei den anderen Psychosen fand sich keine Erniedrigung. Da andere zur Erniedrigung des Cholesterolgehalts führende Faktoren — besonders Anämie und Infektionen — ausgeschaltet werden konnten, ist die Erniedrigung in den genannten Fällen mit dem Charakter der Psychose und mit dem Geschlecht in Zusammenhang zu bringen. *Reich* (Breslau).

Charpentier, P. J. L.: Démence précoce et vaccination antityphoïdique. (Dementia praecox und Typhus-Schutzimpfung.) Arch. de méd. et pharmacie navales Bd. **115**, Nr. 2, S. 163—166. 1925.

Für den Ausbruch einer Dementia praecox (kataton-stuporöses Zustansbild) bei einem zum Militärdienst eingezogenen jungen Manne wird eine Typhus-Schutzimpfung verantwortlich gemacht, weil keine hereditäre Veranlagung nachweisbar war und weil sich 5 Tage nach der Impfung eine fieberhafte Darmerkrankung entwickelt hatte, die ausheilte, so daß der Kranke zur Truppe zurückgeschickt werden konnte; doch wurde 3 Wochen später erneut Hospitalaufnahme notwendig wegen psychischer Störungen, die mit Schwankungen bereits über $1^1/_2$ Jahr angehalten und mit kurzer Unterbrechung Internierung notwendig gemacht haben. Es wird darauf hingewiesen, daß schon ein Fall von asthenischer Manie nach Typhusimpfung beschrieben worden sei (!). *Geelvink* (Frankfurt a. M.).

Infektions- und Intoxikationspsychosen, Alkoholfrage:

Masieri, Nereo: Contributo allo studio della patogenesi delle psicosi puerperali. (Beitrag zum Studium der Pathogenese der Puerperalpsychosen.) (*Scuola pareggiata di ostetr. e maternità, Arezzo.*) Riv. ital. di ginecol. Bd. **4**, H. 2, S. 163—184. 1926.

Nach eingehender Würdigung der einschlägigen Literatur bringt Verf. zunächst die ausführlichen Krankheitsgeschichten von 24 Fällen eigener Beobachtung. In 5 Fällen (20,8%) entwickelte sich die Psychose schon zwischen 3.—8. Schwangerschaftsmonate, 11 mal (45,8%) während der 1. Woche im Puerperium, und 8 mal (33,3%) während der Stillperiode, zwischen 5.—8. Monate. Der Form nach 10 amente Zustandsbilder (41,6%), 7 manisch-depressive (29,2%), 3 Schizophrenien (12,5%), 3 epileptische (12,5%) und 1 (4,2%) hysterische Psychose. Und zwar beobachtete Verf. während der Gravidität zwei epileptische, je eine hysterische, amentiaartige, manisch-depressive Psychose, im Puerperium 7 Fälle von Amentia, 3 Schizophrenien, 1 epileptische Psychose, endlich während der Stillperiode 6 manisch-depressive und 2 amente Psychosen. Die Geistesstörungen, welche zum ersten Male während der Maternitätsperiode zur Erscheinung gelangen, machen etwa den 6. Teil aller bei weiblichen Individuen vorkommenden Psychosen aus; sie treten am häufigsten während des Puerperiums, weniger häufig während des Stillens, am seltensten während der Gravidität auf. Während der Schwangerschaft und Laktation ausbrechende Psychosen haben vorzugsweise depressive, während des Wochenbettes auftretende hauptsächlichst manische Färbung. Am häufigsten kommen amente Zustandsbilder vor, dann manisch-depressive, hysterische, epileptische, schizophrene. In der Pathogenese spielen mannigfache Faktoren eine Rolle;

Digitized by Google

bei den amenten Formen die schweren somatischen Veränderungen, Erschöpfung, toxisch-infektiöse Momente, während die Heredität an Bedeutung zurücktritt; letztere kommt vorwiegend in Betracht bei den Manisch-Depressiven. Bei allen jedoch ist das wichtigste die tiefgreifende Gleichgewichtsstörung der glandulären Hormone und deren wechselseitiger Beziehungen. Heilungen in etwa 60% bei Amentia, 35% bei manisch-depressiven Psychosen (insoferne durch Jahre hindurch keine Rezidiven zur Beobachtung gelangten); bei den Fällen von Dementia praecox sah Verf. niemals Heilung.
Alexander Pilcz (Wien).

Ostankow, P.: Zur Klinik der Amentia. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **100**, H. 1, S. 41—62. 1925.

Die Amentia ist eine besondere, selbständige Geisteskrankheit, von der das Amentiasyndrom zu unterscheiden ist. Zu Amentiasyndromen kann es kommen bei verschiedenen Infektionskrankheiten, bei Leber- und Nierenerkrankungen, Intoxikationen und Autointoxikationen und im Verlauf anderweitiger Geisteskrankheiten. Das Amentiasyndrom ist ausgezeichnet durch kurzen Verlauf (einige Tage bis 2—3 Wochen), Lebhaftigkeit der somatischen Symptome, stärkere Bewußtseinstrübung als bei eigentlicher Amentia, Impulsivität der Akte und motorische Unruhe. Die eigentliche Amentia als besondere Krankheit dagegen ist eine bestimmt lokalisierte organische Rindenerkrankung, die sich unter dem Einfluß elektiver Intoxikationen bzw. Autointox. (Flecktyphus, Erschöpfungszustände, Schwangerschaft, Geburt, Laktation, Tuberkulose) hauptsächlich bei asthenisch gebauten verheirateten Frauen zwischen 25 und 40 ausbildet. Die Amentia ist zu den Polyneuritiden in Analogie zu setzen, die einige Wochen nach Diphtherieinfektionen auftreten. Der Verlauf der A. ist langdauernd, stoßweise, monate-, selbst jahrelang mit vorwiegender Genesung ohne Rezidiv. Der Amente zeigt zahlreiche toxische Symptome körperlicher Art; er ist schwach, unkonzentriert, ängstlich, unsicher, hilflos mit erstauntem Gesichtsausdruck, zeitlich hartnäckig desorientiert und von deutlichem Krankheitsgefühl. Der Autismus des Schizophrenen fehlt ihm.
Kretschmer (Marburg).

Rosenstein, Leo: Über die echte Korsakowsche Psychose (Cerebropathia psychica toxaemica, Psychosis polyneuritica) und den amnestischen Symptomenkomplex. (*Psychiatr. Univ.-Klin., Moskau.*) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. **83**, H. 3/4, S. 250—278. 1926.

Es ist notwendig, die echte Korsakowsche Psychose von dem bisweilen auch als Korssakow bezeichneten amnestischen Symptomenkomplex zu trennen. Die echte Korssakowsche Psychose ist eine exogene, durch Gifte hervorgerufene Erkrankung, welche mit einer Polyneuritis einhergeht. Sie kommt nicht bloß bei Alkoholismus, sondern auch nach Flecktyphus und Abdominaltyphus vor. In psychischer Hinsicht ist die Amnesie das wichtigste Merkmal. Dabei bleibt der „Kern der Persönlichkeit" erhalten. Die Kranken sind nicht dement. Urteilsfähigkeit und Interessen bleiben erhalten. Zur Erläuterung seiner Ausführungen bringt Verf. 2 Beispiele:

Im ersten Fall handelte es sich um einen Kranken mit cyclothymer Konstitution, welcher an depressiven und hypomanischen Zuständen litt. Im Anschluß an Flecktyphus erkrankte er nicht im Sinne seiner endogenen Veranlagung, sondern an Korssakowscher Psychose. Im zweiten Fall erfolgte die Erkrankung nach Abdominaltyphus. Als Gegenbeispiel wird eine Psychose auf alkoholisch-arteriosklerotischer Grundlage mit amnestischer Demenz ohne Polyneuritis gebracht. Die Anschauungen anderer Autoren werden besprochen.
Campbell (Dresden).

Martini, Tulio, und Celestini Augusto Gourdy: Zu einem Fall von polyneuritischer Psychose (Korsakoff) zweifelhafter Ätiologie. Semana méd. Jg. **32**, Nr. 3, S. 122 bis 127. 1925. (Spanisch.)

Ausführlich geschilderter Fall einer 30jährigen Frau mit Korsakoffscher Psychose und polyneuritischer Quadriplegie. Konfabulation fehlte im psychischen Bilde, Emotivität war sehr ausgesprochen. Nach halbjähriger Dauer kam die psychische Störung zur Heilung. Als Ursachen werden die Äthernarkose und der operative Schock einer Cholecystektomie, Alkoholismus und fragliche Lues des Vaters angeführt.
Pfister (Berlin-Lichtenrade).

Digitized by Google

Jacob, Walter: Zur Statistik des Morphinismus in der Vor- und Nachkriegszeit. (*Prov.-Heil- u. Pflegeanst., Grafenberg u. Psychiatr. Klin., med. Akad., Düsseldorf.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **76**, H. 2, S. 212—232. 1925.

In der Provinzial-Heil- und -Pflegeanstalt Grafenberg hat seit 1920 die Zahl der Morphinisten stark zugenommen. Während in den Jahren 1910—1918 jährlich 0—2 neue Fälle zur Aufnahme kamen, stieg die Zahl 1920 plötzlich auf 7, 1922 auf 8, 1923 auf 22. Übereinstimmend mit anderen Autoren kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß der Morphinismus nicht mehr wie früher eine Krankheit der gebildeten Stände und vorwiegend der Ärzte ist, sondern in allen Volkskreisen um sich gegriffen hat. Insbesondere sind auch viele Jugendliche der Sucht zum Opfer gefallen. *Campbell* (Dresden).

Mueller-Roland, F. H.: Eukodalismus und Gesetz. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. **28**, Nr. 3, S. 27—30. 1926.

Sehr berechtigte Vorwürfe gegen die unbegreifliche Weigerung des Reichsgesundheitsamtes, das hochgefährliche Eukodal der Zwangsverwaltung durch die Opium-Stelle zu unterwerfen. Die Behauptung, es fehle dazu ein zwingendes Bedürfnis, schlägt allen nervenärztlichen Erfahrungen ins Gesicht. Heute besteht leider der ungeheuerliche Mißbrauch, daß die schärfsten Narkotica und Opiate, falls sie neu auf den Markt gelangen, weder der Zwangsverwaltung noch auch nur dem Rezeptzwange unterliegen. Erst müssen ihre Schädigungen der Volksgesundheit durch sehr bedenkliche Erfahrungen offenkundig geworden sein. Der so immer von neuem gezüchteten Süchtigkeit kann nur gesteuert werden, wenn wir endlich eine vernünftige Gesetzgebung erhalten.

Raecke (Frankfurt a. M.).

Mueller, Berthold: Untersuchungen an Brennspiritustrinkern. (*Inst. f. gerichtl. u. soz. Med., Univ. Königsberg i. Pr.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **76**, H. 2, S. 302—318. 1925.

Verf. geht von der Schilderung von 17 Brennspiritustrinkern aus, die er von 1923 bis September 1925 aus den Akten der Alkoholfürsorgestelle Königsberg heraussuchte. Brennspiritus enthält 2% Methylalkohol, $^1/_2$% Pyridinbasen und im Höchstfall 0,7% Fuselöle, d. h. höherwertige Alkohole, insbesondere Amylalkohol. Überdestillation des Brennspiritus („Brennabor") nimmt ihm selbstverständlich nicht die Gefährlichkeit für die Augen, denn der Methylalkohol destilliert mit über. Der Brennspiritusrausch wird von den Trinkern als recht schwer bezeichnet; er soll lange anhalten und lange Nachwirkungen haben. Als Ursache der verstärkten Nachwirkungen des Brennspiritusrausches sieht Verf. neben der hohen Konzentration, in der der Brennspiritus genossen zu werden pflegt, seinen Gehalt an Fuselölen und Pyridinbasen an. Augenstörungen, die auf den Methylalkohol zurückzuführen sind, beobachtete er nur in einem Falle. Da nur eine verhältnismäßig kleine Zahl der gelegentlichen Brennspiritustrinker zu habituellen Brennspiritustrinkern wird, nimmt Verf. bei diesen eine besondere Art von Narkomanie an, für die er allerdings eine einheitliche und befriedigende individuelle Grundlage nicht zu finden vermag. Die Psyche der habituellen Brennspiritustrinker unterscheidet sich nicht sehr von der der gewöhnlichen Schnapstrinker. Als Grundkrankheit ließ sich bei 9 Fällen angeborener Schwachsinn feststellen. Erregungszustände, Eifersuchts- und Verfolgungsideen sowie Trinkerhumor kamen auffallend wenig zur Beobachtung. Die abstumpfende Wirkung stand stets im Vordergrund. 10 der 11 Dauertrinker sind entmündigt. Die meisten sind früh gealtert, fallen bald der Allgemeinheit zur Last. *Ulrich Fleck* (Göttingen).

Manisch-depressives Irresein:

Badonnel, Marguerite: Contribution à l'étude des troubles des fonctions organiques dans la mélancolie. (Beitrag zum Studium der Organfunktionen bei der Melancholie.) Arch. internat. de neurol. Jg. **44**, Bd. **2**, Nr. 5, S. 176—179. 1925.

Ohne irgendwelche Angaben über den Umfang und die Art des Untersuchungsmaterials, sowie über Ausdehnung und Methodik der Untersuchungen, wird berichtet über die bei der Melancholie vorkommenden Störungen der Organfunktionen: Anämie

Digitized by Google

vom Typus der sek. Anämie, Hypercholesterinämie, Sympathicotonie, Vagotonie, Niereninsuffizienz (transitorische Albuminurie, Oligurie mit ungenügender Harnkonzentration, erhöhte Ambardsche Konstante), Insuffizienz des l. Ventrikels (Pulsbeschleunigung, Blutdruckherabsetzung); im Urin Urobilin, Gallensäuren, Aceton, Vermehrung der Aminosäuren; ferner alimentäre Hyperglykämie, während sich der Blutzucker bei Adrenalin-Injektion ganz verschieden verhielt, Herabsetzung des Basalstoffwechsels. Diese somatischen Symptome gehen keineswegs parallel zu den psychischen: sie können alle im gleichen oder aber im entgegengesetzten Sinne schwanken. Jedenfalls sind die organischen Störungen nicht die Ursache der psychischen Abnormität, sondern beide sind die Folge und der Ausdruck einer organo-psychischen Krankheit als gemeinsamer Ursache.

Ernst Stiefel (Winterthur).

Benon, R.: Blennorragie et hypocondrie. (Gonorrhöe und Hypochondrie.) Ann. des maladies vénér. Jg. **20**, Nr. 8, S. 578—590. 1925.

Verf. vermutet Zusammenhänge zwischen der Hypochondrie bzw. Melancholie und der Gonorrhöe. Er schildert erst einfache psychopathische Reaktionen auf das Erlebnis der gonorrhoischen Infektion hin, die sich an leichte zurückbleibende Beschwerden knüpfen (daher wohl auch die hypochondrischen Reaktionen bei der Gonorrhöe häufiger sind als bei der Lues), und die in Ängstlichkeit, gelegentlich auch Selbstvorwürfen, Kummer und allgemeiner Abgeschlagenheit bestehen. Weiter schildert er Phobien. Dann berichtet er über zwei schwere Psychosen, von denen die erste tödlich endete, die andere offenbar eine reine endogene Melancholie war, erst Monate nach der gonorrhoischen Infektion ausbrechend, beide inhaltlich durch die überstandene Infektion gefärbt, die zweite später fast ganz in reine Selbstvorwürfe übergehend und dann zur Heilung kommend. Beide Psychosen haben offenbar gar nichts mit der gonorrhoischen Infektion zu tun (Ref.). Das einzig Richtige dürfte sein, daß man auch bei der Behandlung der Gonorrhöe etwas an die Psyche des Kranken denken soll und eine aufmunternde und beruhigende Psychotherapie nicht vergessen darf.

G. Ewald (Erlangen).

Degenerative psychopathische Zustände, Pathographien:

● **Tagebuchaufzeichnungen von Ludwig II., König von Bayern. Hrsg. v. Edir Grein.** Schaan/Liechtenstein: Rupert Quaderer 1925. XV, 164 S. geb. G.-M. 6.—.

Obwohl der pseudonyme Herausgeber offenbar durch aktuelle politische Tendenzen und nicht durch wissenschaftliche Zwecke zur Veröffentlichung bestimmt worden ist, bietet das Buch doch dem Psychiater und dem Historiker manches Interessante. An Quellenmaterial enthält es neben den Tagebuchaufzeichnungen das von v. Gudden an erster Stelle gezeichnete Gutachten, das zur Entthronung führte, sowie den Obduktionsbefund Kerschensteiners. Die Anlagen zu dem Gutachten, in denen die Aussagen der Staatsbeamten und des Hofpersonals enthalten waren, sind nicht mit abgedruckt. Die Tagebücher enthalten im ganzen 38 zum Teil spärlich beschriebene Blätter; sie erstrecken sich über 16 Jahre von 1869—1885; die Eintragungen sind also nur selten erfolgt. Inhaltlich handelt es sich meist um den Kampf des Königs mit seinen perversen sexuellen Neigungen, die er durch Gelöbnisse und feierliche Beschwörungen zu unterdrücken sucht. Formell fällt, auch bei Berücksichtigung der stilistischen Eigenart von Tagebuchaufzeichnungen, schon in den ersten Jahren das Manierierte und Incohärente auf. Bemerkenswert ist der Gegensatz zwischen dem Bild des Königs, in dem er heute noch im bayerischen Volke fortlebt, und der Wirklichkeit, wie sie besonders aus dem Gutachten hervorgeht. Ohne Zweifel sind es gerade die der Psychose entstammenden Züge: die strenge Absonderung, die geheimnisvolle, bizarre Lebensweise, der Prunk gewesen, die den Schein der strahlenden Majestät hervorriefen. Die klinische Diagnose lautete damals auf Paranoia. Die einzige Stelle, an der sich die Genauigkeit der Ausgabe nachprüfen läßt, die Übersetzung eines faksimilierten Blattes des Tagebuches, weist eine, allerdings dem Sinne nach nicht wichtige, Auslassung auf.

Erwin Straus (Berlin-Charlottenburg).

Digitized by Google

Benda, Ernst: Nietzsches Krankheit. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. **60**, H. 1, S. 65—80. 1925.

Sorgfältige Revision von Nietzsches Leben auf die Schilderungen seiner Krankheit. Verf. nimmt an, daß es sich bei dem ersten heftigen Kopfschmerzanfall des 21jährigen (1865) um eine meningeale Reizung nach luischer Infektion gehandelt hat. Die lange Leidenszeit von 1868—1882 (von Möbius als Migräne gedeutet) wird als Lues cerebri aufgefaßt, da Umfang und Intensität über Migräne hinausgingen: Rezidivierende wochenlange Kopfschmerzattacken mit quälendem Erbrechen und progressiver Sehstörung, die Erblindung befürchten ließ. Remission von 1882 ab. Übergang in zweifelsfreie Paralyse, die 1888/89 sicher manifest wird, deren erster Beginn sich aber nicht festlegen läßt. *Kretschmer* (Tübingen).

Klages, Ludwig: Schopenhauer in seiner Handschrift. Zeitschr. f. Menschenkunde Jg. **1**, H. 5, S. 1—16. 1926.

Die Arbeit, die aus der Handschrift die Eigenart der menschlichen und schöpferischen Persönlichkeit Schopenhauers abzuleiten sucht, entzieht sich ihrem ganzen Charakter nach einer Würdigung im Referat. Es muß daher der Hinweis genügen, daß hier, wie stets bei Klages, in einer ungemein anregenden und fesselnden, dabei persönlich gefärbten Weise Anschauungen über allgemeine charakterologische Probleme, über Zeitstimmungen, über den Zeitcharakter der Handschriften, über Formenniveau und Bildnertum u. a. entwickelt werden. Speziell aus Schopenhauers Schriftzügen erkennt K. nicht nur die fast ausschließlich geistige Betätigung des Urhebers heraus, sondern auch seine Doppelnatur als halb künstlerisch begabter Gelehrter und halb schon künstlerisch begabter Literat. *Birnbaum* (Herzberge).

Kanngießer, Friederich: Ein Beitrag zur Krankheitsgeschichte des Heinrich Hansjakob. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **76**, H. 2, S. 299—301. 1925.

Der Beitrag besteht in einer faksimiliert wiedergegebenen Postkarte Hansjakobs an den Verf., worin Hansjakob mitteilt, daß er selbst seit 40 Jahren an Zwangsvorstellungen leide, und daß diese sich bei der Lektüre einer Arbeit des Verf. („über einen Fall von schwerer Zwangsneurose") sofort wieder angemeldet hätten. *Haymann* (Badenweiler).

Psychogene Psychosen, Hysterie, Kriegsneurosen:

Friedjung, Josef K.: Akute Psychoneurosen des Kindes. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. **40**, H. 1/2, S. 126—132. 1925.

Die Darstellungen funktioneller Nervenstörungen des Kindesalters arbeiten immer noch zu sehr mit den Maßstäben und Einteilungsgründen der Pathologie der Erwachsenen, während die somatischen und psychischen Tatbestände im Kindesalter viel einfacher als beim Erwachsenen liegen. Nach Meinung des Verf. sind wir als Eltern, Erzieher und Ärzte vielfach ungerecht gegenüber „unartigen Kindern". Er will in seiner Arbeit versuchen, diesen gerecht zu werden und teilt 5 Fälle von „akuten Psychoneurosen" bei Kindern mit, die eine äußere und innere Ähnlichkeit zeigen. Im Anschluß an ein für das Kind bedeutungsvolles Erlebnis entwickelte sich rasch eine so schwere und nachhaltige Veränderung seines Wesens und Verhaltens, daß die Hilfe des Arztes angerufen wurde. Es handelte sich dabei um Ungehorsam bis zum Negativismus, Eigensinn, Verstimmtheit, Feindseligkeit gegen gewisse Familienmitglieder bis zu kriminellen Ausbrüchen. Damit gingen auch körperliche Störungen einher, wie Verweigerung der Nahrungsaufnahme, Schwierigkeiten der Ausscheidungen, Einschlafstörungen, Abmagerung. Bei dem erwähnten Erlebnis handelte es sich um die plötzliche Verabschiedung einer geliebten Pflegerin, eines geliebten Lehrers, zweimal um die Geburt eines jüngeren Geschwisters, während das betreffende Kind bisher das einzige gewesen war, einmal um den in heftiger Form erzwungenen Verzicht auf ein längere Zeit gepflegtes sexuelles Lusterlebnis. Die Erziehung besteht in einer Kette erzwungener Verzichte auf Lust, die dem Kind meist durch Prämien verschiedener Art (Kuß, Streicheln, Loben, Süßigkeiten usw.) mundgerecht gemacht werden. Der plötzliche Wechsel der „Prämienverleiher" löst die erwähnten Reaktionen aus; das Kind flüchtet in die Neurose. Wird den Kindern liebevoll über den aufgezwungenen Verzicht auf „Lustprämien" seitens der bisher geliebten Person hinweggeholfen, ihr Bedarf an Lust also von anderer Seite her gedeckt, so wird die Krise in der Regel rasch überwunden, das „Libidogleichgewicht" wiederhergestellt. Verf. findet, daß die aus solchen Kinderschicksalen gewonnenen Einsichten Freuds Neurosenlehre bestätigen. *W. Runge.*

Digitized by Google

Williams, Tom A.: The radical cure of neuroticism in children. (Die Radikalheilung der Neurosen im Kindesalter.) Arch. of pediatr. Bd. 42, Nr. 10, S. 674—678. 1925.

Neurosen im Kindesalter können in den meisten Fällen durch Erfassung der psychischen Ursache geheilt werden. Mitunter empfiehlt sich eine unterstützende Behandlung mit Eisen oder Organpräparaten. Physikalische Ursachen spielen sicherlich nur eine untergeordnete Rolle, sonst wäre nicht zu verstehen, daß neurotische Zustände auf dem Wege der Persuasion und der Aufklärung völlig behoben werden können.

Taterka (Berlin).

Ihm, Luise: Beitrag zur Kenntnis der Feerschen Neurose des vegetativen Systems beim Kleinkinde. (*Landeskrankenh., Homburg, Saar.*) Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 49, S. 2351—2353. 1925.

Ein 2jähriges Mädchen wird nach leichter infektiöser Erkrankung verdrossen und mißgestimmt, appetitlos, magert zusehends ab. Dazu kommen anfallsweise heftige Leibschmerzen, Schwäche der Rumpf- und Beinmuskulatur mit rascher Ermüdbarkeit und Erschwerung des Gehens und Stehens bei zeitweiligem völligem Versagen dieser Funktionen infolge von Schmerzen in den Beinen. Nach interkurrenter Pneumonie unveränderter Zustand. Krankenhausaufnahme. Befund: Lebhafter roter Dermographismus, Bläschenbildung und lamellöse Schuppung der cyanotischen und gedunsenen Hände und Füße, leichte Cyanose der Nasenspitze und Ohren, Herabsetzung der Motilität, ausgesprochene Hypotonie der Muskulatur, Lendenlordose, Genua recurvata, breitspurig-watschelnder Gang. Erhebliche Tachykardie, leichte Arythmie, arterielle Hypertension. Aneosinophilie, später relative Vermehrung der Eosinophilen. Lichtscheu, vermehrte Tränensekretion, Lidflattern. Nach 9 Monaten nahezu völlige Genesung. Es bestand Übereinstimmung mit der Feerschen Neurose bis auf das Fehlen der Hyperhidrosis. Auf der Ähnlichkeit mit basedowoiden Erscheinungen wird hingewiesen.

Max Grünthal (Berlin).

Roemheld, L.: Zur Therapie nervöser Herzstörungen. (*Sanat. f. inn. u. Nervenkrankh., Schloß Hornegg a. Neckar.*) Fortschr. d. Therapie Jg. 1, H. 11, S. 353 bis 359. 1925.

Roemheld versucht eine ätiologische Einteilung der nervösen Herzstörungen in psychogene auf der einen Seite, dyspeptogene und thyreotoxische Herzneurosen auf der anderen Seite. Die therapeutischen Maßnahmen hängen wesentlich von der Ätiologie der Störung ab. Während die rein psychogenen Fälle der Psychotherapie in irgendeiner Form zu unterwerfen sind, kommt es bei den Neurosen, bei denen die Herzbeschwerden auf dem Umweg über andere Organe zustandekommen, darauf an, diese außerdem therapeutisch zu beeinflussen. Eingehender wird der gastrokardiale Symptomenkomplex besprochen, bei dem die an- und subaciden Zustände mit folgender Gärungsdyspepsie entsprechend zu bekämpfen sind. Auch manche Fälle von paroxysmaler Tachykardie lassen sich durch Pepsin-Salzsäure erfolgreich behandeln.

Krambach (Berlin).

Mayer, A.: Über die Psychogenese des Fluor albus. (*Univ.-Frauenklin., Tübingen.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 41, S. 1106—1108. 1925.

Bei einem großen Teile der an Fluor albus leidenden Frauen ist die Einstellung zum Sexualtrieb für die Entstehung und die Fortdauer der Erkrankung von wesentlicher Bedeutung. Insbesondere vermehrter Fluor in den Morgenstunden weist auf ursächlichen Zusammenhang mit sexuellen Traumerlebnissen in der Nacht hin. Die Häufigkeit der seelischen Bedingtheit der Fluorsekretion verpflichtet den Gynäkologen zum Studium der Psychogenese körperlicher Symptome.

Bluhm (Berlin).

Fendel, Heinz: Grundschema der verschiedenen Arten der Psychogenie in ihrer Bedeutung für die praktische Diagnostik. Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 47, S. 2246 bis 2247. 1925.

Verf. versucht — in wenig glücklicher Weise — in die verwickelten Beziehungen der psychogenen Erscheinungen Ordnung zu bringen, indem er für die Phänomene der psychischen Auslösung, der psychischen Symptomengestaltung, des körperlichen Entgegenkommens usw. die Begriffe der absoluten und relativen, der spezifischen und unspezifischen, der primären und sekundären Psychogenie bildet.

Birnbaum (Herzberge).

Feigenbaum, Dorian: Hysterical depression. A clinical and psychoanalytical approach. (Hysterische Depression; eine klinische und psychoanalytische Studie.)

Digitized by Google

New York neurol. soc., 6. X. 1925.) Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. **62**, Nr. 6, S. 634—637. 1925.

Verf. nennt seinen Fall eine „atypische Verbindung von Conversions-Hysterie und Depression". Die Sachlage war ziemlich einfach: Ein 24jähriges Mädchen erkrankt an einer depressiven Verstimmung mit Todesgedanken und allerhand hypochondrischen Sensationen und Befürchtungen, bald nachdem ihr Bruder, den sie 18 Monate lang an Krebsleiden gepflegt hatte, gestorben war und fast zu gleicher Zeit ihr Geliebter sie verlassen hatte. Also eine eindeutige und wahrlich zureichende Ätiologie; trotzdem wurde die Patientin einer 7 Monate (!) langen psycho-analytischen Behandlung unterzogen, in der nicht weniger als 150 ihrer Träume zergliedert und gedeutet wurden; es wurden Vater-Bruder-Fixierungen, Mutter-Komplexe, der Ödipus-Komplex, Kastrations-Ideen, Übertragungen, „Imago"-Bildungen, Identifikationen, Narzismus u. a. m. herausgefunden und aus all diesen eine „latente Kindheits-Neurose" diagnostiziert, die durch die späteren erschütternden Erlebnisse erst manifest geworden sei. (Sie muß allerdings sehr „latent" gewesen sein, denn bis zu diesem ihrem 24. Jahre war Patientin gesund.) Ausführlich wird erörtert, weshalb weder eine Schizophrenie noch eine Melancholie vorgelegen habe, sondern eine hysterische Depression; und zwar wegen der Krankheitseinsicht, des Genesungswillens und der Heilung. (Heilung infolge oder trotz der 7monatigen Psycho-Analyse? Ref.) *H. Haenel* (Dresden).

Bien, Elias: Die starren Augen. Ein kasuistischer Beitrag zur Frage der Zwangsvorstellungen. Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychanalyse Bd. **2**, S. 350—379. 1926.

Sehr umfangreiche Mitteilung der Analyse eines Zwangsneurotikers mit vielen hypochondrischen Beschwerden. Deutung der Symptome durchaus schulmäßig, nichts Neues. *W. Mayer-Gross* (Heidelberg).

Hakkebusch, W.: Reaktive Psychosen und Simulation. Sovremennaja psichonevrologija Jg. **1**, Nr. 2, S. 57—65. 1925. (Russisch.)

Antrittsvorlesung. Der Weltkrieg und die Massentraumatisation haben gleichzeitig die brennende Frage der reaktiven Psychosen und der Simulation in den Vordergrund gerückt. Verf. nimmt als Ausgangspunkt die psychischen Reaktionstypen, wie sie Jaspers rubriziert sehen will: 1. die psychasthenische, 2. die Gesichts-, Gehör- und Gedankenzwangsvorstellungen, 3. die Bewußtseinstrübung mit Dysorientation resp. nachträglicher Amnesie, 4. das Ganserische amnestische Syndrom, 5. deliriös-stuporöse Umstände, 6. paranoisch-halluzinatorische Umstände mit sekundärem Wahn, 7. sensitiver Wahn. Verf. interessiert sich speziell für die „echten Reaktivpsychosen" und zieht in den Kreis seiner Interpretation einerseits die neuen Pantorischen Laboratoriumsexperimente an Hunden mit tressierten Bedingungsreflexen, andererseits die Freudsche Konzeption der Flucht in die Krankheit, der Wunscherfüllung in der Selbstverteidigungsreaktion, um den Beweis zu führen, daß es spezifische Reaktivpsychosen nicht gibt. Wir haben vor uns nur Syndrome, Reaktionsformen, schizophrene, hysterische, epileptoide, die konstitutionell prädestiniert sind. Simulierte Psychosen hält er für selten. Beherzigenswert ist sein Rat, dem eigentlich rationell denkende Ärzte immer folgten, besser einen Simulanten falsch für krank zu halten, als einen wirklich Kranken falsch als Simulanten zu verdächtigen. *Higier* (Warschau).

Forensische Psychiatrie.

● **Lustig, Walter: Leitfaden der gerichtlichen Medizin einschließlich der gerichtlichen Psychiatrie. Für Studierende, Ärzte und Juristen.** Berlin: S. Karger 1926. 174 S. RM. 6.—.

Eine kleine allgemeine gerichtliche Medizin, die in erster Linie den praktischen Arzt über dieses Gebiet unterrichten soll und dank der Beherrschung, Auswahl und übersichtlichen Darstellung des Stoffes durch Verf. den Zweck auch erfüllt. Die beigegebene gerichtliche Psychiatrie behandelt zunächst ziemlich ausführlich Lebensalter, geistige Entwicklung und Geisteskrankheit in straf- und zivilrechtlicher Beziehung, so die verschiedenen Gesetzesparagraphen für Strafausschließung, Strafvollzug u. a., für Geschäftsfähigkeit, Schadenersatzpflicht, Testierfähigkeit, Eherecht und die vormundschaftlichen Maßnahmen; es folgen dann die psychiatrische Begutachtung (Vorgeschichte, eigener körperlicher und psychischer Befund), schließlich die wichtigsten

Digitized by Google

Geisteskrankheiten in ihrer straf- und zivilrechtlichen Bedeutung. Der klinische Teil ist wohl etwas zu kurz geraten; die psychopathischen Konstitutionen, die gerade im Strafverfahren das tägliche Brot des Gerichtsarztes sind, werden auf kaum einer und einer halben Seite klinisch und forensisch besprochen. *G. Stiefler* (Linz).

Darvai, Dénes: Die Untersuchung der Zurechnungsfähigkeit in unserem Strafrechte. Therapia (Budapest) Jg. 2, Nr. 4, S. 182—184. 1925. (Ungarisch.)

Beschreibung der bezüglichen gesetzlichen Bestimmungen und forensisch-psychiatrisch korrekte Ausführungen eines Advokaten, ohne dem Arzt das geringste Neue zu bringen. Verf. ist der Ansicht, daß der Sachverständige in der Frage der Willensfreiheit sich trotz eventuellen deterministischen Bedenken zu äußern hat. *Kluge* (Budapest).

Viernstein, Theodor: Der kriminal-biologische Dienst in bayerischen Strafanstalten. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform Jg. 17, H. 1/2, S. 1—21. 1926.

Kurzer Bericht über die Absichten und Aufgaben des kriminalbiologischen Dienstes in bayerischen Strafanstalten von dem Leiter der kriminalbiologischen Sammelstelle am Zuchthaus in Straubing. Die in Verwendung stehenden Fragebogen und Schemata werden mitgeteilt. *Eugen Kahn* (München).

Discussion du rapport de M. Porot: La criminalité des blessés du crâne. (Aussprache zum Vortrag von Porot: Die Kriminalität der Schädelverletzten.) (*X. congr. de méd. lég. de langue franç., Lille, 25.—27. V. 1925.*) Ann. de méd. lég. Jg. 5, Nr. 8, S. 405—408. 1925.

Vervaeck (Brüssel): Bei vielen Kranken mit Hirnkommotion und fast regelmäßig bei Trepanierten mit antisozialer Reaktion trifft man Charakter- und moralische Störungen an. Sie sind nicht voll verantwortlich vor dem Gesetze. Schwer ist es oft, das Fehlen der freien Willensbestimmung nachzuweisen. — Rogues de Fursac (Paris): In Belgien hat die Nachsicht zur Folge eine Minderung der Schärfe der Strafe, aber nicht eine Verminderung der Dauer der Haft; in Frankreich hingegen ist man für eine Verkürzung der Gefängniszeit, das Gericht hat kein anderes Mittel für Ausübung seiner Nachsicht. So wird — in Frankreich — die Schädlichkeit des Verbrechers vermehrt, indem man seine Haft abkürzt. Der belgische Standpunkt ist vorzuziehen. — Molin de Teyssieu (Bordeaux): Die Folgen des Schädeltraumas sind immer neurologischer und ausnahmsweise psychopathischer Art. Die Kriminalität ist selten, sie ist hauptsächlich durch instinktive Neigungen, die vielleicht hereditär präformiert und höchstwahrscheinlich in ihrer definitiven Form während der frühesten Kindheit orientiert sind, bedingt. *Kurt Mendel.*

● **Bondy, Curt: Pädagogische Probleme im Jugend-Strafvollzug. (Hamburg. Schriften z. ges. Strafrechtswiss. Hrsg. v. M. Liepmann. H. 8.)** Mannheim, Berlin, Leipzig: J. Bensheimer 1925. X, 113 S. G.-M. 5.—.

Eine sehr interessante, anregend und fließend geschriebene kriminalpsychologische und -pädagogische Studie, die kritisch zu den Ansichten anderer Autoren, auch des Auslandes, Stellung nimmt. Verf., Privatdozent für Sozialpsychologie und Sozialpädagogik an der Universität Hamburg, legt seiner Studie den § 1 des Reichs-Jugendwohlfahrtsgesetzes zugrunde, nach dem jedes Kind „Recht auf Erziehung zur leiblichen, seelischen und gesellschaftlichen Tüchtigkeit" hat. Aus dem Anspruch der Kinder auf Erziehung ergibt sich das Recht des Staates zu strafen. Dementsprechend stellt die Strafe der Jugendlichen eine Erziehungsmaßnahme dar. Bedenken gegen eine moderne Auffassung des Erziehungsstrafvollzuges weist Verf. zurück mit dem Hinweis darauf, daß schon die Freiheitsentziehung als Strafe empfunden wird. Das Ziel der pädagogischen Aufgabe sieht er nicht sowohl darin, „Wahrheiten zu vermitteln, als darin, unsere Zöglinge reif zu machen, Werte zu erkennen und ein ihnen gemäßes, wertvolles Leben führen zu können". Die Gemeinschaftserziehung ist die Grundlage der gesamten Jugendgefängnispädagogik. So sehr er Gemeinschaft befürwortet, für die Nachtzeit fordert er auf das entschiedenste Isolierung, schon mit Rücksicht auf die sexuellen Gefahren. Mit besonderem Interesse hat Ref. die Ausführungen über die Selbstverwaltung, den Gefängnisunterricht, die Gefangenenarbeit (hier wird erfreulicherweise

Digitized by Google

der landwirtschaftlichen Arbeit sehr das Wort geredet), sowie die Strafen (scharfe Bekämpfung der Prügelstrafe! Hervorhebung der Bedeutung des Anstaltsgerichtes) gelesen. Natürlich tritt Verf. für den progressiven Strafvollzug bei stärkster Sicherung der Gefangenen gegen Willkür der Beamten ein und wünscht eine Erweiterung des Jugendgerichtsgesetzes im Sinne einer relativ bestimmten Verurteilung. Die Leser dieser Zeitschrift wird vielleicht besonders interessieren, daß Verf. sich auch zur Psychoanalyse äußert, von der, soweit ihm bekannt ist, an deutschen Strafanstalten bisher noch kein Gebrauch gemacht worden sei. Die Möglichkeit, durch sie die Kriminalität wirksam zu bekämpfen und manchen Menschen das Lebensglück wiederzugeben, rechtfertigt nach seiner Ansicht die Forderung, eingehende Versuche mit ihr zu machen; er hebt dabei scharf hervor, daß er, wenn er auch für die Psychoanalyse eintritt, durchaus nicht der Meinung ist, als ob sie nun das Mittel sei, die Kriminalität aus der Welt zu schaffen. (Ref. möchte aufmerksam machen auf die Aufsätze von Dr. med. et phil. Hans Lungwitz und von Johannes Nohl über die psycho-analytische Behandlung von Verbrechern in dem Arch. f. Kriminol. 77, 304 u. 306. 1925 und die kritischen Bemerkungen von Raimann zu diesen Aufsätzen in der Wiener med. Wochenschr. 1926, S. 106. *Ernst Schultze* (Göttingen).

Rittershaus: Begutachtung der Glaubwürdigkeit eines Zeugen. Ges. d. Neurol. u. Psychiater, Groß-Hamburg, Sitzg. v. 27. XI. 1925.

Patient war im März 1920 überfallen und beraubt worden und bewußtlos mit Schädelbasisbruch ins Krankenhaus gekommen. Nach einigen Tagen kurze Zeit klar, dann wieder benommen, Meningitis. Später vorübergehend Verwirrtheitszustand. Seit Juli 1920 in Friedrichsberg. Neurologische Erscheinungen als Folge der Meningitis, die sich langsam besserte. Dauerzustand einer leichten traumatischen Demenz, Verlust der Initiative, Stumpfheit, leichte Merkfähigkeitsstörung u. ä., dagegen anscheinend keine retrograde Amnesie, schildert trotz seiner damaligen Trunkenheit die Ereignisse vor dem Überfall bis zum Beginn der Bewußtlosigkeit schon Ende Juli 1920 ziemlich ausführlich. Durch Denunziation kam der Täter vor Gericht. Andere Zeugenaussagen und Indizien bestätigten auffallend die Aussage des Patienten. Wahrscheinlich ist der jetzige Zustand keine echte traumatische Demenz als Folge einer Commotio, sondern die Folge der Meningitis. Patient wurde für glaubwürdig erklärt und der Täter verurteilt. Eigenbericht (durch *V. Kafka*, Hamburg).

Schimmack: Jugendliche Zeugen. Arch. f. Kriminol. Bd. 77, H. 4, S. 296 bis 301. 1925.

Die zahlreichen von Psychologen, Medizinern und Pädagogen gemachten Vorschläge behufs Schaffung prozessualer Sonderbestimmungen für die jugendlichen Zeugen unter Hinweis auf die Schwierigkeit ihrer Einvernahme und die Unzuverlässigkeit ihrer Aussagen konnten eine Änderung der Reichsgesetze bisher nicht erzielen, sondern lediglich eine Anzahl von ministeriellen Verfügungen und Verordnungen. Verf. ist der Ansicht, daß bei Vernehmungen jugendlicher Zeugen die Mitwirkung von Sachverständigen unter Umständen geboten ist ebenso die psychologische Prüfung und Begutachtung einer gemachten Zeugenaussage, spricht sich aber dagegen aus, daß die orgentlichen Ermittlungsstellen in Strafsachen grundsätzlich durch Sachverständige ersetzt werden; es ist vielmehr hinzuwirken auf eine gute psychologisch-pädagogische Schulung der zur Ermittlung der Wahrheit berufenen gesetzlichen Stellen. Verf. bespricht die Frage der Zuziehung von Vertrauenspersonen, die Vermeidung von Suggestivfragen, die Beseitigung des Kreuzverhörs bei Vernehmung jugendlicher Zeugen und die möglichste Fernhaltung Jugendlicher von Vernehmungen. *G. Stiefler* (Linz).

Das Konstitutionsproblem, Erblichkeits- und Rassenforschung.

Verschuer, O. v.: Zur Frage Körperbau und Rasse. (*Med. Univ.-Poliklin., Tübingen.*) Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 2: Zeitschr. f. Konstitutionslehre Bd. 11, H. 6, S. 754—761. 1925.

Die Verschiedenheit der einzelnen körperlichen Merkmale bei den Körperbautypen entspricht nach des Verf. anthropologischen Untersuchungen an Studenten

Digitized by Google

und eineiigen Zwillingen im wesentlichen der bei eineiigen Zwillingen gefundenen Variabilität. Verf. will die Unterschiede in der Variabilität der Maße bei eineiigen Zwillingen unter gewissen Einschränkungen vielleicht als einen Ausdruck ihrer allgemeinen Modifizierbarkeit durch Umweltseinflüsse aufgefaßt wissen. Die Körperbautypen wären dann vorwiegend durch solche Merkmale charakterisiert, die durch Umweltseinflüsse am leichtesten beeinflußt werden können, während sie in den Merkmalen, die wenig modifizierbar sind, nur wenig unterschieden wären. Diese wenig modifizierbaren Merkmale (Körpergröße, Längenmaße der Extremitäten und Verhältnis der Extremitäten zur Körpergröße, Haar- und Augenfarbe u. a.) sind aber zum größten Teil Merkmale, die zur Unterscheidung der Rassen von Wichtigkeit sind. Wenn die Körperbautypen auch keineswegs einfach als Produkte der Umwelt aufgefaßt werden sollen, so sei doch eine gewisse paratypische Variationsbreite für die Körpermaße- und -proportionen vorhanden, die für die Unterscheidung der Körperbautypen am wichtigsten sei. Daß diese größere Paravariabilität der Körperbaumerkmale tatsächlich als ursächliches Moment für die Entstehung der Körperbautypen in Frage komme, müsse erst bewiesen werden. *Mauz* (Tübingen).

Schlesinger, Eugen: Das Wachstum des Kindes. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. 28, S. 456—579. 1925 u. Julius Springer 1926. 128 S. RM. 6.—.

Eingehendes Sammelreferat. Befaßt sich zunächst mit der Untersuchungsmethodik. Die Körperlänge ist im allgemeinen ein zuverlässigeres Maß zur Beurteilung des Wachstums als das Massenwachstum, die Gewichtszunahme. Der Vorsprung der gutentwickelten, gutsituierten Knaben vor minderbemittelten beträgt hinsichtlich des Längenwachstums einen Jahreszuwachs, vor den minder gut entwickelten 2—3 Jahreszuwachse. Der Pubertätsantrieb ist bei den Minderbemittelten verspätet und zeitlich verkürzt; hier findet nach der Pubertätszeit ein starkes Nachwachstum statt, das den Unterschied zum Teil ausgleicht. Im Massenwachstum sind die Unterschiede geringer. Die Kinder vom Lande stehen gegenüber den gutsituierten Gymnasiasten und den minderbemittelten Volksschülern aus der Großstadt hinsichtlich der Länge an letzter Stelle, hinsichtlich des Gewichts in der Mitte, hinsichtlich der Breitenentwicklung an erster Stelle. Alle diese Unterschiede finden sich schon bei den Kleinkindern, ja bei den Neugeborenen; sie müssen also in erster Linie endogen vererbt sein. Alle Wachstumsstörungen, auch die akzidentell exogenen, kommen auf dem Umweg über die endokrinen Drüsen zustande. Primordialer und infantilistischer Zwergwuchs lassen sich scharf unterscheiden. Hyperthyreoidie führt mit großer Regelmäßigkeit zum Wachstumsvorsprung. Hypopituitäre Wachstumsstörungen werden nur in der späteren Kindheit und da nur selten beobachtet. Die Chondrodystrophie ist der Typus einer pluriglandulären Störung der inneren Sekretion. *Kretschmer* (Marburg).

Mayer-List, Richard, und Gottfried Hübener: Die Capillarmikroskopie in ihrer Bedeutung zur Zwillingsforschung, zugleich ein Beitrag zur idiotypischen Bedingtheit des vegetativen Gefäßsyndroms. (*Med. u. Nervenklin., Univ. Tübingen.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 51, S. 2185—2186. 1925.

Bei Zwillingen wurden capillarmikroskopische Untersuchungen durchgeführt, und zwar in jedem Fall am Nagelfalz, an der Außenseite des Oberarms, an der Brust und an der Oberlippe. Es ergab sich bei Zwillingen, bei denen nach der Siemensschen Methodik Eineiigkeit festgestellt war, Gleichheit der Capillarbefunde, während die Diagnose der Zweieiigkeit mit einer Verschiedenheit der Capillarbefunde zusammenfiel. Hieraus wird gefolgert, daß die Capillarmikroskopie ein nicht zu unterschätzendes Hilfsmittel in der Diagnosestellung von Eineiigkeit und Zweieiigkeit von Zwillingen darstellt. Die Untersuchungsergebnisse werden ferner als ein wertvoller Beitrag zu der Auffassung von der konstitutionellen Ätiologie des vegetativen Gefäßsyndroms angesehen. *R. Greving* (Erlangen).

Graves, William W.: Die Beziehungen der Schulterblattypen zu den Problemen der Vererbung, Lebensdauer, Morbidität und Anpassungsfähigkeit des Menschen im

Digitized by Google

allgemeinen. (*School of med., univ., St. Louis.*) Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 2: Zeitschr. f. Konstitutionslehre Bd. **11**, H. 6, S. 717—743. 1925.

Verf. scheidet die menschlichen Schulterblätter in konvexe, gerade und konkave Typen und bezeichnet die geraden und konkaven Typen zusammen als scaphoide. Die Vererbung des Scapulartypus, dessen hereditäre Natur und primordialer Ursprung durch Untersuchungen an lebendem, fötalem und Skelettmaterial aus Altertum und Neuzeit und am Material niedrig stehender Säuger dargelegt wird, soll gewöhnlich von der Paarung der Scapulartypen abhängen; Krankheit und villeicht andere toxische Faktoren sollen gelegentlich eine solche „Vererbung" „ändern" können. Nach des Verf. vergleichenden Untersuchungen besteht ein Zusammenhang der Scapulartypen mit dem Alter, d. h. der konvexe Typus nimmt an Frequenz zu, während der gerade und konkave an Häufigkeit in den aufeinanderfolgenden Altersperioden von der Geburt bis ins hohe Alter hinein abnehmen. Der scaphoide Typus soll viel häufiger als der konvexe bei Kranken mit latenter Krankheitsbereitschaft, den kürzer Lebenden der Rasse vorkommen. Verf. glaubt, daß die Scapulartypen beim Studium der menschlichen Heredität, Lebensdauer, Morbidität und Anpassungsfähigkeit von großem Nutzen sein können.

Mauz (Tübingen).

Anstaltswesen, Statistik, Allgemeines.

● **Faltlhauser, Valentin: Geisteskrankenpflege. Ein Lehr- und Handbuch zum Unterricht und Selbstunterricht für Irrenpfleger und zur Vorbereitung auf die Pflegerprüfung. 2. erw. Aufl.** Halle a. S.: Carl Marhold 1925. 190 S. geb. G.-M. 6.—.

In sehr anschaulicher Weise bespricht Verf. in dem nun in 2. Auflage vorliegenden, bereits weit verbreiteten Handbuch die Kennzeichen der Geisteskrankheiten und die Beobachtungen, die der Pfleger bei Geisteskranken machen soll. Der tägliche Dienst in einer Heil- und Pflegeanstalt wird geschildert, insbesondere darauf aufmerksam gemacht, was der Pfleger bezüglich Reinlichkeit und Körperpflege, bei Nachtwachen, auf Wachabteilungen, im Dauerbad und namentlich auch bei der Beschäftigung der Kranken für Aufgaben zu erfüllen hat, wie er sich gegenüber erregten und gefährlichen Kranken verhalten soll usw. Verf. schildert dann die für das Pflegepersonal einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen des Straf- und Zivilrechts. Daß auch die Geisteskrankenfürsorge außerhalb der Anstalt und der Dienst des Fürsorgepflegers bzw. der Fürsorgepflegerin behandelt wird, ist bei seinem persönlichen Verdienst um die offene Fürsorge selbstverständlich. Zum Schluß werden die wichtigsten Geisteskrankheiten in übersichtlicher und anregender Weise zusammengestellt. *G. Ilberg* (Sonnenstein).

Rodiet, A.: Les sorties prématurées des aliénés internés. (Über vorzeitige Entlassung von Geisteskranken.) Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. **99**, Nr. 2, S. 27. 1926.

Für das in Frankreich zur Beratung stehende Irrengesetz bringt Verf. die Bestimmung in Vorschlag, daß ein Anstaltsleiter zu Beurlaubungen von Kranken als Vorversuch einer Entlassung berechtigt sein soll unter der Voraussetzung, daß der Kranke einer ärztlichen Kontrolle und wirksamen Aufsicht unterstellt bleibt und bei Ablauf des Urlaubs oder bei Eintritt der geringsten Verschlimmerung sofort der Anstalt wieder zugeführt wird. Durch diese Maßregel würden vorzeitige, auf Drängen der Angehörigen zugegebene Entlassungen mit ihren Gefahren vermieden werden. *Gellvink.*

Maier, Hans W.: Bericht über die kinderpsychiatrische Tätigkeit in Zürich. (*Psychiatr. Univ.-Klin., Burghölzli-Zürich.*) Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. **31**, H. 1/2, S. 74—88. 1925.

Schon seit längerer Zeit wurden in der psychiatrischen Universitätsklinik zahlreiche Kinder ambulant behandelt; zur weiteren Ausgestaltung der psychiatrischen Fürsorge für Kinder wurde in der Anstalt Burghölzli das Haus „Stephansburg" als psychiatrische Kinderstation für 20—25 Patienten eingerichtet. Die Aufnahme kann entweder mit Zustimmung der Eltern oder zwangsweise auf Beschluß des Vormundschafts- bzw. des Jugendgerichtes erfolgen. Unter dem Krankenmaterial herrschen Psychoneurosen vor. Die Fürsorge erstreckt sich insofern über die Zeit der Entlassung hinaus, als entweder eine besondere Beratung der Eltern stattfindet oder Unterbringung in einer geeigneten fremden Familie oder Erziehungsanstalt in die Wege geleitet wird. *Schob* (Dresden).

Digitized by Google

Heuyer, G.: Rapport sur les mesures à prendre pour l'assistance sociale aux anormaux. (Die erforderlichen Maßnahmen zur sozialen Fürsorge für abnorme Kinder.) Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris Jg. **23**, Nr. 5/6, S. 277—294. 1925.

Für die Unterbringung geistig abnormer Kinder bestehen in Paris folgende Einrichtungen: Hilfsklassen, Hilfsschulen mit Internat, Irrenanstalten und geistliche Stiftungen. Die Zahl der verfügbaren Plätze ist ganz ungenügend. Es kommt dazu, daß jede Einrichtung einer anderen Oberbehörde untersteht. Im übrigen Frankreich sind die Verhältnisse scheinbar meist noch ungünstiger. In den Hilfsklassen sind vielfach Elemente, die gar nicht hineinpassen. Mit Hilfsschulen ist Elsaß-Lothringen am besten versorgt. Verf. schlägt vor, den Kinderkrankenhäusern neuro-psychiatrische Beratungsstellen anzugliedern, welche bei der Erkennung, Behandlung und Unterbringung abnormer Kinder mithelfen sollen und eine kleine Beobachtungsstation zur Verfügung haben. Außerdem müßte die ärztlich überwachte Familienpflege, analog der von erwachsenen Geisteskranken, mehr gefördert werden. Die Versammlung beschließt entsprechende Eingaben an die Behörden. *Müller* (Dösen).

Brown II, Sanger: State administrative problems in the care of mental defectives. (Staatliche Verwaltungsfragen in der Schwachsinnigen-Fürsorge.) Americ. journ. of psychiatry Bd. **5**, Nr. 2, S. 241—249. 1925.

Zur Durchführung der Fürsorge für Schwachsinnige, welche in den Vereinigten Staaten hinter der Irrenfürsorge zurückgeblieben ist, wird ein umfassendes Programm aufgestellt. Die Zahl der Schwachsinnigen wird auf mindestens 5 promill. der Bevölkerung geschätzt, $^1/_5$ davon bedarf der Anstaltspflege. Die Anstalten müssen für alle Typen der Schwachsinnigen eingerichtet sein, Schulbildung vermitteln und mit landwirtschaftlichen Kolonien, sowie mit einer Außenfürsorge Verbindung haben. Die Größe von 600 Betten erscheint dem Verf. zu klein, da dann nicht ein genügend großer Stab von Ärzten und Beamten tätig sein kann und der Direktor auch ärztliche und andere Funktionen übernehmen muß. Für verbrecherische Schwachsinnige sollen eigene Schulen geschaffen werden, die den gewöhnlichen ähneln, aber besondere Vorrichtungen haben. Hilfsklassen an den Schulen und besonders vorgebildete Lehrer werden gefordert. Zur Ausführung des Programms müßte ein eigenes Amt gebildet und ein Schwachsinnigengesetz erlassen werden. *Müller* (Dösen).

Waetzoldt: Die Bewahrung geistig Minderwertiger. (*Hauptgesundheitsamt, Berlin.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 32, S. 1326—1328. 1925.

Kritische Würdigung der vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge sowie vom Deutschen Verbande zur Förderung der Sittlichkeit veröffentlichten Entwurfes zu einem Reichsbewahrungsgesetz. Nach Ansicht des Autors geht namentlich der zweitgenannte Entwurf zu weit, da er schätzungsweise die vereinigte Aufnahmefähigkeit der bestehenden Irren-, Straf-, Fürsorgeerziehungsanstalten und Arbeitshäuser durch Schaffung von Besserungsanstalten verdoppeln müßte. Der erste Entwurf verdient den Vorzug, sollte aber auch den Personenkreis zu Verwahrender schärfer umgrenzen und enger fassen, das fürsorglich ärztliche Moment gegenüber dem richterlichen verstärken und das Ganze nach Möglichkeit vorhandenen Einrichtungen angliedern. *Gregor* (Flehingen i. Baden).°°

McCord, Clinton P.: Social psychiatry — its significance as a specialty. (Soziale Psychiatrie — ihre Bedeutung als Spezialfach.) Americ. journ. of psychiatry Bd. **5**, Nr. 2, S. 233—240. 1925.

Die Psychiatrie soll sich noch mehr den neuzeitlichen Anforderungen anpassen, welche Schule, Gericht, Industrie, soziale Ämter usw. an sie stellen. Die Ausbildung der Mediziner in der ganzen Psychiatrie entspricht in den Vereinigten Staaten nicht ihrer Bedeutung; das gilt für die soziale Psychiatrie in besonderem Maße. Es müßten Kurse zur Einführung in diese abgehalten werden, welche Gelegenheit geben die ganzen sozial-psychiatrischen Fragen in der Praxis kennenzulernen. Zum Schluß wird auf solche psychopathische Kinder („problem children") hingewiesen, welche, wie bei Neurosen Erwachsener, Freudsche Mechanismen darbieten und der psychoanalytischen Behandlung bedürfen. *Müller* (Dösen).

Digitized by Google

Fortsetzung des Autorenverzeichnisses!

Nonne, M. 466.
Norris, H. W. 360.
Nott, Herbert W. 395.
Ohm, Johannes 431.
Omorokov, L. 361.
Orel, Herbert 456.
Ostankow, P. 470.
Packard, Maurice 414.
Pál, J. 371.
Palmieri, Vincenzo Mario 450.
Pappenheim, Martin 410, 488.
Parker, G. H. 368.
Paso, Juan Roberto 409.
Pavlović, R. 422.
Pawlow, I. 373.
Pemberton, John de J. 452.
Pereira, Jayme R. 366.
Perkel, J. D. 407.
Péron, N. 437.
Pette, H. 396.
Pfister, Oskar 465.
Piaget, Jean 380.
Pick, E. 445.
Pickworth, Frederick Alfred 449.
Pierson, J. W. 425.
Pilcz, Alexander 414.
Pines, I.-L. 445.
Piquet, Jean 403.
Pötzl, Otto 420.
Pokorný, Čestmír 401.
Poór, Ferenc 457.
Porot, M. 476.
Pozzo, Fernando 442.
Prior, G. P. U. 444.
Proca, G. G. 370, 371.
Prokin, A. D. 437.
Rabinowitsch, J. 441.
Ratner, Jacob 445.
Rausch, Zoltán 451.
Raviart, G. 468.
Regault, Félix 430.
Reich, Wilhelm 380.
Remlinger, P. 442.
Rendu, H. 441.
Rennick, Charles F. 456.
Révész, Géza 385.
Reys, L. 435.
Riehl jr., Gustav 404.
Riese, Walther 447.
Rittershaus 477.
Robitsek, Alfred 384.
Rodiet, A. 479.
Roemheld, L. 474.
Rohrer 439.
Rosenblath 414.
Rosenstein, Leo 470.
Roubinovitch 465.
Ruch, Giles Murrel 378.
Russi, F. 448.
Ryon, Walter G. 397.
Sachs, Ernest 425.
Saller, K. 359.
Sanchís Banús, José 420.
Sarbó, Artúr 386.
Sartorelli, Emilio 413.
Seal, J. Coleman 452.
Schimmack 477.
Schlesinger, Eugen 478.
Schnyder, Walter 402.
Schönbauer, L. 425.
Scholz, W. 456.
Schumkow, M. G. 461.
Seeling, Otto 382.
Shaffer, Loren W. 438.
Sharpe, William 399.
Shepardson, H. C. 454.
Sicard 394, 400.
Silberstein, S. 435.
Simson, T. 362.
Sindoni, M. B. 434.
Smid, Margaretha C. M. 404.
Smirnov, L. 447.
Smith, G. Elliot 385.
Spadaro, Raimondo 353.
Spranger, Eduard 381.
Stadtmüller, Franz 360.
Stanojević, Laza 378.
Stekel, Wilhelm 384.
Sterling, Wladyslaw 411, 450.
Stern, William 380.
Stokes, John H. 438.
Stovin, Joseph S. 452.
Sträussler, E. 439.
Strasburger, Marja 465.
Stuchlik, Jar. 457.
Sturgis, Cyrus C. 451.
Sunderlin, Frederik 452.
Szathmáry, Sebestyén 442.
Szemző, György 386.
Takagi, Jungoro 354.
Takahashi, Yoshio 368.
Takaki, J. 408.
Taylor, Grace A. 376.
Thévenard, A. 368.
Thomas, André 441.
Thomsen, Oluf 402.
Thurzó, Jenö 406.
Toporkov, N. 463.
Tripi, Gabriele 417.
Trömner 453.
Trotter, Wilfred 460.
Turbin, W. 361.
Uarov, S. 440.
Ullmann, Hans 444.
—, K. 459.
Undritz, W. 364.
Urech, Eugène 402.
Urechia, C.-I. 409.
Veach, Harry O. 366.
Ventra, Carmelo 393.
Verlaine, L. 385.
Verschuer, O. v. 477.
Viernstein, Theodor 476.
Viólat, J. 462.
Vivaldo, Juan Carlos 396.
Volland 462.
Vondráček, Vladimír 464.
Waetzoldt 480.
Wahl, L. 398.
Wakefield, Howard 434.
Wartenberg, R. 390.
Wechsler, David 374, 375.
—, I. S. 403.
Weill-Spire, Robert 437.
Weise, Kurt 406.
Wenderowič, Eugen 428.
Wexberg, Erwin 436.
Weygandt, Wilh. 445, 464.
Williams, Tom A. 474.
Woodcock, H. M. 413.
Wotke, E. 418.
Zabriskie, Edwin G. 414.
Zimmermann, E. L. 438.
Zingerle, H. 426.
Zoth, Oskar 396.

Inhaltsverzeichnis.

Referate.

Normale und pathologische Anatomie 353
Normale und pathologische Physiologie 362
Psychologie und allgemeine Psychopathologie 372
Allgemeine neurologische Diagnostik und Symptomatologie 385
Therapie 393
Spezielle Neurologie:
- Meningen 401
- Körperflüssigkeiten 404
- Großhirn:
  - Encephalitis 408
  - Hirnblutung, Hemiplegie, Arteriosklerose, Encephalomalacie 414
  - Cerebrale Kinderlähmung, Littlesche Krankheit 415
  - Linsenkernerkrankungen, Dyskinesien . . . 416
  - Aphasie, Agraphie, Apraxie, Agnosie . . . 420
  - Hirngeschwulst, Hirnabsceß 422
- Kleinhirn, Vestibularapparat, hereditäre familiäre Ataxien 427
- Rückenmark und Wirbelsäule:
  - Myelitis, Poliomyelitis, amyotrophische Lateralsklerose, spin. Muskelatrophie, spastische Spinalparalyse 433
  - Multiple Sklerose, Syringomyelie 435
  - Tabes 437
- Periphere Nerven:
  - Neuralgie, Kopfschmerz 438
  - Periphere Nervenlähmung, Neuritis, Herpes zoster, Nerventumoren 440
- Sympathisches System und Vagus . . . 443
- Stoffwechsel und endokrine Drüsen:
  - Allgemeines über innere Sekretion 444
  - Hypophyse, Epiphyse, Diabetes insipidus . 445
  - Schilddrüse 449
  - Genitalorgane 453
  - Tetanie und Spasmophilie 453
- Familiäre Erkrankungen, Myotonie . . . 455
- Syphilis 456
- Traumatische Nervenerkrankungen, Kriegsverletzungen 459
- Nervenkrankheiten der Tiere 461

Spezielle Psychiatrie:
- Epilepsie, Kinderkrämpfe 462
- Idiotie und Imbezillität, tuberöse Sklerose 464
- Progressive Paralyse, syphilitische Geistesstörungen, Trypanosomenkrankheiten . 465
- Schizophrenie 468
- Infektions- und Intoxikationspsychosen, Alkoholfrage 469
- Manisch-depressives Irresein 471
- Degenerative psychopathische Zustände, Pathographien 472
- Psychogene Psychosen, Hysterie, Kriegsneurosen 473

Forensische Psychiatrie 475
Das Konstitutionsproblem, Erblichkeits- und Rassenforschung . . . 477
Anstaltswesen, Statistik, Allgemeines 479

Digitized by Google

Sanatorium Liebenstein DDr. Eichler-Seige
(vorm. Dr. Fülles' Sanatorium) Bad Liebenstein (Thür. Wald) / Fernruf Nr. 8
Klinisch geleitetes Sanatorium für innere und Nervenkranke
Kurmittel des kohlensauren Stahlbades Liebenstein (243)
Besitzer und leitende Ärzte:
Dr. Seige, Facharzt für Nervenkrankheiten / Dr. Eichler, Facharzt für innere Krankheiten

Kurhaus Dietenmühle in Wiesbaden
Ärztliche Leitung: Dr. Friedr. Moerchen.
Für Nervenkranke, leicht psychisch Kranke, Erholungsbedürftige.
Schönste Lage im Kurpark. Gesamttageskosten von M. 15.— an.

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9

Soeben erschien:

Die Ernährung des Menschen.
Nahrungsbedarf, Erfordernisse der Nahrung, Nahrungsmittel, Kostberechnung. Von Professor Dr. **O. Kestner,** Direktor, und Dr. **H. W. Knipping,** Assistent des Physiologischen Instituts an der Universität Hamburg, in Gemeinschaft mit dem **Reichsgesundheitsamt,** Berlin. Herausgegeben vom Reichsgesundheitsamt. Mit zahlreichen Nahrungsmitteltabellen und 8 Abbildungen. 146 Seiten. RM 5.70

QUADRONAL

bei fast allen Krankenkassen zugelassen

Rp. Phenyldimethylpyrazolon. Oxyäthylacetanilid. Lactyl-p-Phenetidid. Coffeinum pur.
Packungen: 20×0,5 10×0,5 Spitalpackungen

Höchste Wirksamkeit bei:
Migräne, Anfällen von Gicht, Ischias, rheumatischen Beschwerden, Nervenentzündungen, nervöser Abspannung, Menstruations-Beschwerden, Trigeminus-Beschwerden, Schnupfen, Erkältungskrankheiten und Grippe.

Proben und Literatur kostenlos

Asta-Werke A.-G., Chemische Fabrik Brackwede in Westfalen

Wir sind gleichzeitig Hersteller von **Dr. Kipper's Emulsion,** die von Fachleuten anerkannt wird und die schmackhafteste sein soll, die bisher existiert. Lassen Sie sich Geschmacksprobe und Literatur kommen.

Hierzu eine Beilage der Verlagsbuchhandlung ***Julius Springer*** *in* ***Berlin W 9***

Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig

Digitized by Google

BAL.
JUL 6 1926

ZENTRALBLATT FÜR DIE GESAMTE NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE

REFERATENTEIL DER ZEITSCHRIFT FÜR DIE GESAMTE NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE UND FORTSETZUNG DES VON E. MENDEL BEGRÜNDETEN NEUROLOGISCHEN CENTRALBLATTES
REFERATENBLATT DER GESELLSCHAFT DEUTSCHER NERVENÄRZTE
OFFIZIELLES ORGAN DER BERLINER GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND NERVENKRANKHEITEN

REDIGIERT VON

R. HIRSCHFELD, BERLIN — K. MENDEL, BERLIN — W. SPIELMEYER, MÜNCHEN

SCHRIFTLEITUNG: R. HIRSCHFELD, BERLIN W 9, LINKSTR. 23/24

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9

BAND XLIII, HEFT 9/10
S. 481—608

1. JUNI 1926

LIBRARY

Autorenverzeichnis.

(Die Zahlen beziehen sich auf die Seiten.)

Abels, Hans 488.
Alajouanine, Th. 555.
Albrecht, O. 587.
Allison, Robert G. 575.
Aloin, H. 531.
Altmann, Vladimir 579.
Anfimov, W. 588.
Arend, Rudolf 570.
Astvazaturov 502.
Aubry, M. 550.
Baer, Max 586.
Bailey, Lionel 492.
Bailly, J. 494.
Bakker, Dine 510.
Bálint, A. 598.
Ballance, Charles 492.
Barbour, H. G. 580.
Bartlett, Willard 573.
Bechterew, W. 604.
Belloni, Giuseppe 585.
Bender, Lauretta 495.
Benedek, Ladislaus 542.
Bennett, A. E. 538.
Berezowski, Fr. 537.
Beritoff, J. 506.
Bernhard, Heinrich 600.
Bernheim 560.
Berze, Josef 506.
Beutter, Ch. 526.
Biedermann, W. 490.
Bjerre, Poul 515.
Birkholz 488.
Bluntschli, H. 487.
Bogaert, Ludo van 537.
Bolten, G. C. 559.
Booth, Jewyl A. 562.
Borak, J. 574.
Borchers, Eduard 519.
Borowskij, M. 560.
Borries, G. v. Th. 551.
Boutin, P. 558.
Breitner, B. 578.
Bremer, Frédéric 493.
—, Fr. W. 584.
Breukink, H. 604.
Brock, Joachim 524.
Brodie, Elizabeth 522.
Bufalini, Maurizio 519.
Buhtz, Gerhard 591.
Busemann, A. 509.
Bychowskaja, G. 556.
Bychowski, Gustav 516.
Campbell, J. Argyll 581.
Cannon, W. B. 565.
Carriat, René 593.
Castellino, P. 575.
Castro, Aloysio de 500.
Cauvy, Georges 554.
Cestan, R. 570.
Četverikov, N. 581.
Chabrol, M. 579.
Chalier, J. 526.
Charousek 550.
Chushing, Harvey 488.
Clark, William Arthur 588.
Coenen, Philipp 596.
Colledge, Lionel 492.
Colmers 521.
Couretas, D. 503.
Créteur, H. M. 598.
Crouzon, Dereux 539.
Cuneo, Gerolamo 592.
Curschmann, Hans 603.
D'Abundo, Emanuele 491.
—, Giuseppe 485.
Dandy, Walter E. 548.
Darléguy 525.
Daspit, Henry 583.
Davidendov, S. 527.
Deist, Hellmuth 526.
Del Greco, Fr. 515.
De Marco, Federico 505.
De Nigris, Giovanni 588.
Dereux 539.
Derman, G. L. 556.
Diamond, Isadore B. 588.
Dobrochotoff, V. 607.
Dowman, Charles Edward 589.
Dreesmann 531.
Dreyfus, G. L. 516.
Driesch, Hans 508.
Dürken, Bernhard 489.
Duncan, A. G. 585.
Durand, J. 550.
Dyrenfurth, F. 601.
Economo, Constantin Freiherr von 484.
Ehrhardt, K. 580.
Elliott, Arthur R. 547.
Elsberg, Charles A. 545.
Emery, F. E. 500.
Engel, St. 600.
Erlanger, Joseph 496.
Escuder Núñez, P. 546.
Faldini, Giulio 560.
Favory, Albert 569.
Feldmann, W. 584.
Ferguson, William G. 585.
Ferrero, V. 573.
Fink, Lotte 589.
Flatau, Edward 528.
Förtig, Hermann 529.
Forti, Clara 528.
Foti, Pietro 541.
Friede, K. A. 598.
Friedjung, Josef K. 601.
Froelich, A. 525.
Frugoni, C. 582.
Fulton, John F. 496.
Gaillard, R. 551.
Galant, Johann Susmann 605.
Galluppi, A. 566.
Garai, Frank 586.
Gasser, H. S. 496.
Gau 607.
Genna, Giuseppe E. 481.
Gerson, W. 596.
Giese, Fritz 510.
Gildemeister, Martin 498.
Gilles, André 598.
Giorgio, A. di 552.
Giusti, L. 492.
Gobbi, I. 594.
Goldstein, K. 539.
—, Manfred 516.
Gordon, Alfred 501.
—, W. B. 571.
Gowan, Lawrence R. 537.
Grasset, J. 509.
Greenbaum, Sigmund S. 586.
Groppali, M. 555.
Grubel, Rudolf 543.
Güttich, A. 552.
Guillain, Georges 555.
Gutfeld, Fritz von 585.
Guy, C. C. 539.
Hagens, E. W. 548.
Haguenau, J. 530.
Hamilton, W. F. 580.
Handovsky, Hans 517.
Harms, Helene 569.
Harris, J. S. 596.
Haškovec, Lad. 605.
Hassin, George B. 538, 558.
Hatano, Shigeoki 522.
Haupt, Johannes 524.
Hautant, A. 550.
Heard, James D. 571.
Hedić, M. 554.
Heinrich, R. 511.
Henderson, D. K. 522.

Digitized by Google

Henschen, S. E. 490, 548.
Hepner, Josef 576.
Herschmann, Heinrich 588.
Herzen, P. 549.
Herzog, Ferenc 561.
Heuyer, G. 600.
Heveroch, Ant. 542.
Heymann, Kurt 586.
Hirsch, Edwin F. 547.
—, L. 520.
Hirschfeld, R. 608.
Hoff, Hans 597.
Hofmann, Ernst 570.
Holsclaw, Florence M. 562.
Hopmann, R. 593.
Houssay, B. A. 492.
Hunter, John I. 499.
Jackson, D. E. 517.
Jaensch, W. 509.
Jelenkiewicz, Lucjan 591.
Jellinek, Stephan 589.
Inumaru, Harumi 488.
John, E. 495.
Isola, Domenico 561.
Izenko, N. 540.
Kafka, František 536, 598.
Karpman, Ben 600.
Kempf, Hans 605.
Kennedy, Foster 563.
Kenzinger 539.
Kerekes, Georg 550.
Khoór, Ödön 575.
Klarfeld, B. 489.
Kleist, K. 541.
Kljačman, M. 549.
Kliatshco, Mark G. 570.
Klotz, Lothar 500.
Kobrak, F. 526.
Kogan, V. 580.
Kollarits, Jenö 508.
Kolle, W. 494.
Kollert, V. 495.
Korchov, A. 569.
Korsakov, N. 571.
Kortsen, Kort K. 507.
Koskimas, George N. 484.
Kosmadis, W. 560.
Kraus, Erik Johannes 567.
Krause, Alexandre 574.
Kritschewsky, J. L. 598.
Kryšev-Isnar, N. 555.
Kuré, Ken 522.
Kutzinski, Arnold 511, 597.
Lacroix, A. 558.
Lafora, Gonzalo M. 607.
Langelaan, J. W. 498.
Lannois, M. 551.
Lanos, Maurice 550.
Lassalle, H. 570.
Laumonier, J. 550.
Laurence, J. 585.
Le Count, E. R. 589.
Lehoczky-Semmelweis, Kálmán 542.
Leščenko, G. 540.
Lévai, Mihály 577.
Levinger, Ernst 506.
Lieck, E. 575.
Liegner, B. 523.
Lindberg, Kaj 565.
Lipschütz, Alexander 578.
Locatelli, Pierra 496.
Loewenstein 579.
Loewenthal, S. 602.
Lupo, M. 569.
Lurie, Louis A. 517.
Macciotta, G. 581.
McKinley, J. Charnley 587.
Maeder, A. 516.
Malossi, Cesare 528.
Manjkovskij, B. 529, 559.
Marcovich, P. 574.
Marguglio, Domenico 585.
Marill 558.
Marinesco, G. 594.
Martynov, A. 519.
Maslov, E. 536.
Matzdorff 587.
Mauric, Georges 557.
May, Etienne 541.
Mayendorf, E. Niessl von 548.
Melchior, Eduard 519.
Mella, Hugo 491.
Merklen, Pr. 525.
Meyer, Erich 517.
—, Hans 576.
Milani, E. 576.
Miller, Frederick R. 493.
Milligan, William 549.
Milone, Sebastiano 496.
Miraglia, Michele 560.
Mixter, William Jason 555.
Mogilnitzky, B. 566, 584.
Moll, Albert 593.
Morin, Joseph Edouard 557.
Morselli, Enrico 513.

Fortsetzung des Autorenverzeichnisses siehe III. Umschlagseite!

Digitized by Google

Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.
Band XLIII, Heft 9/10 S. 481—608

Referate.

Normale und pathologische Anatomie.

Genna, Giuseppe E.: Sulla morfologia dei solchi cerebrali dell'uomo con osservazioni su cervelli di indigeni del Camerun. (Über die Morphologie der Hirnfurchen des Menschen nach Beobachtungen an Gehirnen von Eingeborenen aus Kamerun.) (*Istit. di antropol., univ., Roma.*) Riv. di antropol. Bd. **26**, S. 19—173. 1925.

Genna hat die Großhirnfurchen bei 11 Hemisphären von Eingeborenen aus Kamerun unter Tergis Leitung studiert (4 erwachsene Männer, 1 weibliches Kind, 1 Erwachsener unbekannten Geschlechtes). Bevor er die Ergebnisse eigener Untersuchung mitteilt, gibt er einen außerordentlich erschöpfenden Überblick über die Geschichte der Hirnfurchung und der Benennung der einzelnen Furchen bei Säugern und Menschen. Als das wichtigste Resultat erscheint dem Rf. der Umstand, daß es keine Furchenvarietät gibt, die für eine menschliche Rasse charakteristisch und daß lediglich die Zahl der einzelnen Varietäten eine verschiedene ist. Wenn auch die Zahl von 11 Hemisphären zur Feststellung einer solchen Frequenz nicht genügt, so konnten doch durch die Untersuchung wichtige Schlüsse über die Morphologie des Menschenhirns gezogen werden: Die Vorderäste der Fissura Sylvii (f. lateralis) bilden ein Y. Der Hinterast endet ziemlich konstant in einer Gabelung, deren Zweige beim Fehlen einer Vertiefung des Gyrus temporo-parietalis profundus sich vom Rest der Fiss. Sylv. loslösen können. Die Grundform des Sulcus orbitalis ist dreistrahlig. Bisweilen löst sich der vordere und mediale Strahl vom übrigen Sulcus ab, der dann einen R. accessorius lateralis abzweigen kann. Die Verbindungen des Sulcus orbitalis mit dem Sulcus olfactorius und dem Sulcus marginalis insulae entsprachen bei 4 von 9 Hemisphären dem 2. Typ Beccaris (der R. posterior s. orbital. endet unabhängig oder anastomosiert mit dem Haken des S. olfactor., das anastomosierende Stück trennt sich in diesem Falle vom Rest des S. orbital.), auch bei Italienern ist dies die häufigste Art, bei 3 Hemisphären dem 1. Typ (S. olfactor. ohne lateralen Fortsatz zum Uncus S. olfact., R. poster. sulc. orbital. und S. marginal. insulae enden direkt und isoliert), 2 Hemisphären boten den 4. Typ (primitive Form, nach Beccari auf dem Aussterbeetat: Der S. margin. insulae vereinigt sich medial mit dem Uncus s. olfact., der R. poster. s. orbital. endet direkt und frei). Die einzelnen Abschnitte des Sulc. frontalis superior sind in den meisten Fällen zu einer einheitlichen Längsfurche vereinigt, stets läßt sich ein S. frontalis medius (Eberstaller) nachweisen, der Sulc. frontal. inferior zerfällt in der Mehrzahl der Fälle in mehrere longitudinale und transversale Teilfurchen (konform Pozzi und Tergi bei anderen Negern). Nur einmal fand sich ein unbhängiger S. radiatus; selten war auch ein S. diagonalis, der mit dem S. praecentralis inferior infolge einer Vertiefung der Pars opercularis basilaris gyri frontal. infer. sich vereinigt. Der S. praecentral. superior ist in der Mehrzahl unabhängig vom S. praecentralis inferior. Der Sulc. central. hat gewöhnlich einen sehr gewundenen Verlauf und eine asymmetrische Form auf der rechten und linken Seite. Nur in 2 von 10 Hemisphären erstreckt er sich auf die Medialfläche; 4mal war er durch einen Gyr. transitivus profundus zwischen dem oberen und mittleren Drittel unterbrochen, 8mal durch einen Gyr. transitiv. zwischen mittlerem und unterem Drittel. Ein Sulc. postcentralis transversus (Eberstaller) ließ sich gut von einem Sulc. subcentralis posterior abgrenzen. Die Verbindungen des Sulc. postcentral. mit dem Sulc. intraparietalis proprius boten 4mal (von 11 Hemisphären) die pithecoide Form Cunninghams, 4mal die Übergangsform und 3mal die anthro-

Digitized by Google

pine Form. Stets konnte ein Gyrus transitivus nachgewiesen werden, der den Sulc. intraparietalis in einen vorderen horizontalen und einen hinteren paroccipitalen Abschnitt teilt. Besonders der letztere war, wie bereits engliche und amerikanische Autoren angegeben haben, als eigene, ganz charakteristische Furche erkennbar. Nur in 3 Hemisphären trennte ein Gyrus transitivus profundus die beiden hinteren Äste des Sulc. proccipitalis, die zusammen dem S. occipitalis transversus von Ecker entsprechen. Der Sulcus parietalis superior besitzt in den meisten Fällen eine transversale Richtung. Vom S. temporal. superior. trennt sich nur das vordere und hintere Ende durch Übergangswindungen ab (vorn als S. temporal. anterior und hinten als S. angularis). Selten ist ein durchgehender S. temporalis medius longitudinalis. Ein S. occipitalis anterior Wernicke, besser als S. praeoccipitalis bezeichnet, ist konstant und gut entwickelt, er reicht bis an den Unterrand der Hemisphäre als S. parieto-temporalis perpendicularis, dem R. ascendens s. temporalis medii in der Mehrzahl entsprechend. Regelmäßig vorhanden sind Sulci intermedii, besonders anterior. Die Furchenbildung der lateralen Fläche des Occipitalhirns zeigte bei 9 Hemisphären pithecoiden Typ, 2 mal Übergangsformen zum anthropinen Typ. Bemerkenswert erscheint die Häufigkeit eines Sulc. opercularis oder lunatus (80%), der stets bilateral symmetrisch angelegt ist. Der S. opercularis besaß in 3 Fällen 2 Vorderäste statt einen, zuweilen besteht unabhängig von diesem Vorderast ein S. occipitalis lateralis, der pithecoiden Charakter besitzt und an der basalen Oberfläche mit kaudalen Teilen des Sulc. temporalis inferior sich vereinigt. Vom Sulcus cinguli zweigt sich hinten fast stets ein selbständiger S. paracentralis (Wilder) nach oben ab, während der mittlere und vordere Abschnitt im allgemeinen als ungeteilter S. subfrontalis verläuft. Dis supraorbitale Furchung entspricht etwa der Toskanischer Gehirne. Ein Sulc. rostralis transversus war 4 mal bei 10 Hemisphären nachweisbar, ein S. praecentralis medialis (Eberstaller) 8 mal (nur 4 mal auf den Hemisphärenrand übergreifend). Der Cuneusstiel ist stets vertieft. Die Fissura parieto-occipitalis bildet durch Zweiteilung in 40% einen Lobulus parieto-occipitalis (Smith), und zwar entweder mit einem Sulc. paracalcarinus oder mit einem Sulc. limitans praecunei. Nur in 50% bestand ein (stets tief liegender) Gyrus cuneolingualis anterior.; der Gyrus cuneolingualis posterior liegt in der Mehrzahl der Fälle oberflächlich. In 60% war ein S. calcarinus extremus oder externus triradiatus vorhanden, in 70% ein S. sagittalis cunei (= S. limitans superior areae striatae). in 40% ein S. occipitalis polaris superior. Regelmäßig fand sich ein Sulc. sagittalis gyri lingualis (= S. limitans inferior areae striatae) und ein Sulc. occipitalis polaris inferior, häufig ein S. occipitalis paramedialis am convexen Hemisphärenrande. Typische gebogene Form besitzt der hintere Teil der F. rhinica, die durch einen Gyrus rhinencephalo-fusiformis superficialis von der Fissura collateralis getrennt ist, während in 6 von 9 Hemisphären zwischen sie und der Incisura temporalis sich ein Gyrus rhinencephalo-temporalis legt. Konstant ist ein S. inferior rhinencephali, dagegen nur 2 mal bei 9 Hemisphären ein S. semiannularis-rhinencephali. Die Pars sagittalis intermedia anterior (Sergi) erschien als unabhängige Furche 4 mal bei 9 Hemisphären, 2mal als Teil der Fissura collateralis, 1 mal als Teil des S. temporalis inferior und 1 mal als gemeinsames Stück der F. collateralis und des S. temporal. inferior. Von der Fissura collateralis zweigt sich als selbständiger Ast ein hinterer Abschnitt (S. retrocollateralis) ab. Stets fehlte ein Sulc. sagittalis gyri fusiformis. Die hier in aller Kürze beschriebenen Resultate der wertvollen Arbeit sind durch eine Reihe sehr instruktiver Zeichnungen und Photographien dem Verständnis näher geführt. *Wallenberg* (Danzig).

Troizkaja, A.: Lage der Furchen und Windungen des Gehirns und ihre Projektion auf die Haut. Novaja chirurgija Jg. **1925**, Nr. 6, S. 761—766. 1925. (Russisch.)

Die Verf. bespricht die meisten kranio-cerebro-topographischen Methoden der modernen Hirnchirurgie und wendet sich dann ihren eigenen Erfahrungen, gewonnen an 75 Leichen, zu. Es zeigt sich bei einfacher Durchleuchtung der Schädelknochen, daß am Schädeldach die einzelnen Gyri und Sulci abgedruckt sind. Die Konfigurationen des

Digitized by Google

Knochens und der Hirnoberfläche sind einander koordiniert, speziell gilt das für die bekanntesten Fissurae Sylvii, centrales, praecentrales, temporales, frontales. Die Schädelhöcker (Tuber frontale, parietale, occipitale) entsprechen lokalen Hirnkonvexitäten. Die Sylvische Furche beginnt in der Mitte des Scheitelhöckers und zieht zum Punkt hin, der an der Außenwand der Orbita liegt, wo der Processus zygomaticus des Stirnbeins mit dem Jochbein zusammenfließt, und der sich leicht palpieren läßt. Diese Projektion bestätigte sich in 97% der Fälle. Die Ff. praecentrales liegen in der Mitte der Verbindungslinie des Stirn- und Scheitelhöckers, die bei gewisser Übung (nicht mit den Fingerkuppen, sondern mit der Handfläche) durchtastet werden können. In derselben Weise projiziert Troizkaja die Brocasche und die psychomotorischen Windungen. Zur Kontrolle wurde in frischen und formolgehärteten Präparaten durch trepanierte Schädellöcher Farbe eingeführt, die Abdrücke der Hirnwindungen und -furchen am Skelett hinterließ und auf diese Weise die Richtigkeit der einschlägigen Craniocerebrotopographie nicht bloß am Durchleuchtungsschatten, sondern am konkreten Farbenbilde zu verifizieren gestattete. *Higier* (Warschau).

Abels, Hans: Über die mechanischen und chemischen Bedingtheiten der Schädelverknöcherung beim Neugeborenen. (*36. Vers. d. dtsch. Ges. f. Kinderheilk., Karlsbad, Sitzg. v. 22. IX. 1925.*) Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 31, H. 3/4, S. 366—370. 1926.

Nach den Untersuchungen des Verf. ist die Asymmetrie des Schädels beim Neugeborenen und wohl auch des späteren Lebensalters auf die Einwirkung des knöchernen Beckens der Mutter insbesondere der Gegend der Linea innominata zurückzuführen; analoge mechanische Momente, die dauernde Druckwirkung insbesondere der Linea innominata auf den fetalen Schädel sind es, die die fast stets auf die der Druckwirkung ausgesetzten Partien beschränkten Veränderungen hervorrufen. Verf. hat unter den gegen 4000 beobachteten Neugeborenen mit insgesamt 338 Lückenweichschädeln nicht einen Fall von Beckenendlage (Steißlage) gesehen, die ja jede 30. Entbindung darstellt (Abels). Der allgemeine, in weiten Fontanellen und weiten Nähten, in weichen Knochenrändern sich offenbarende Weichschädel entsteht nach Verf. auf dem Boden konstitutioneller Anlage und wird durch den Vitamingehalt der mütterlichen Nahrung weitgehend beeinflußt; der lokalisierte Kuppenweichschädel beruht neben denselben Faktoren in erster Linie auf mechanischen Momenten. *G. Stiefler* (Linz).

Weinert, Hans: Die Ausbildung der Stirnhöhlen als stammesgeschichtliches Merkmal. Eine vergleichend-anatomische Studie mit einem Atlas der Stirnhöhlen und einem neuen Meßzirkel zur Ermittelung der inneren Schädelmaße. Zeitschr. f. Morphol. u. Anthropol. Bd. 25, H. 2, S. 243—357. 1925.

Die ausgedehnten anatomisch-entwicklungsgeschichtlichen Untersuchungen wurden dadurch veranlaßt, daß der Orang-Utan keine Sinus frontales zu besitzen scheint, wohl aber die beiden anderen rezenten Anthropoidengattungen Schimpanse und Gorilla. Die Stirnhöhlen versprachen daher ein gutes Vergleichsobjekt zu werden. Allerdings ist das Verhalten sogar bei Gattungen derselben Familie sehr wechselnd. Von den zahlreichen, den Kraniologen interessierenden Einzelheiten der Arbeit seien nur folgende angeführt: Homo Mousteriensis Hauseri hat eine mächtig entwickelte Stirnhöhle; La Chapelle aux Saints hat ebenso sehr geräumige Sinus frontales. Das gleiche gilt von anderen Schädeln der Frühzeit. Ebenso haben die Menschen der Jetztzeit Stirnhöhlen, so daß also ein Unterschied wie bei den Anthropoidengattungen Orang, Schimpanse und Gorilla innerhalb des Menschengeschlechts nicht besteht. Für den Schädel-Gehirn-Längenindex ergaben sich folgende Mittelwerte: Gorilla 75, Schimpanse 81, Pithecanthropus 84, Neandertaler 86, Australier 88, übrige rezente Menschen mit Europäern 92. *Reichardt* (Würzburg).

Inumaru, Harumi: Über das Foramen mastoideum. (*Anat. Inst., med. Akad., Kumamoto.*) Folia anat. japon. Bd. 3, H. 4/5, S. 229—238. 1925.

Das Foramen mastoideum findet sich gewöhnlich nur links oder rechts, d. h. in der Einzahl. Es schwankt in der Größe nicht unerheblich, liegt meist noch im Schläfenbein, manchmal auch in der Naht zum Hinterhauptsbein und selten im Hinterhauptsbein selbst. *Reichardt.*

Birkholz: Über die topographischen Verhältnisse der Fossa sphenomaxillaris und der Fissura pterygopalatina nebst der unteren Orbitalspalte als die technische Basis der Methoden zur retromaxillären Leitungsanästhesie des II. Trigeminusastes und seiner

Digitized by Google

Anhänge, zugleich ein Versuch, latente Prioritätspolemik zu beenden. Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 14, H. 1/2, S. 21—33. 1926.

Verf., der schon früher eine Methode der retromaxillären Leitungsanästhesie für den 2. Trigeminusast angegeben hatte, hat in weiteren Fällen den Wert seiner Methode bestätigt gefunden. Anatomische Untersuchungen an Schädeln über den Bau und Zugang zur Flügelgaumengrube bringen ihn zu der Ansicht, daß die suprazygomatischen Methoden (Payer II und Payer III) erheblich gefahrloser und sicherer zur Vermeidung der Orbitalfissur sind als die infrazygomatischen. Die Offerhaussche Technik ist weniger empfehlenswert. Einzelheiten über die anatomischen Maße und Konfigurationen der Knochen, welche die Flügelgaumengrube bilden, sind vom Interessenten im Original zu studieren. *W. Alexander* (Berlin).

● **Economo, Constantin Freiherr von, und Georg N. Koskinas: Die Cytoarchitektonik der Hirnrinde des erwachsenen Menschen.** (*Psychiatr. Klin., Univ. Wien.*) Berlin u. Wien: Julius Springer 1925. a) Textband: 849 S. b) 1 Atlas: 112 Taf. G.-M. 600.—.

Wenn ein Forscher von der Bedeutung Economos ein solches Werk in Angriff nahm, so konnte man nicht zweifeln, daß es eine hervorragende Leistung werden würde. Nachdem ich mich jetzt in täglicher Arbeit mit diesem Atlas vertraut gemacht und ihn im Zusammenhang bestimmter Probleme oft zu Rate gezogen habe, darf ich seinen großen Wert für die Rindenpathologie rühmen. Die 112 ausgezeichneten photographischen großen Tafelreproduktionen (40 × 40 cm) und ihre Beschreibung geben uns zuverlässige Vergleichung bei Beurteilung von Rindenveränderungen; und wie sehr wir diese gerade dort brauchen, wo wir über das grob organische Gebiet hinaus die Klärung anatomisch noch unklarer Seelenstörungen anstreben, das weiß jeder vorsichtige Arbeiter. Der Gebrauch dieser von Economo und seinem Mitarbeiter Koskinas sorgfältigst ausgewählten Bilder ist für jeden, der Rindenpathologie treibt, eine Notwendigkeit. Nachdem wir uns lange Zeit mit den hier und dort verstreuten Einzelbildern behelfen mußten oder uns nur auf eigene Vergleichspräparate beziehen konnten, ist dieses Werk, das wir lange erhofft hatten, uns nun unentbehrlich. Daß der Atlas ein bewundernswertes Prachtwerk geworden ist, verdanken wir der Verlagsbuchhandlung Julius Springer. Unter den vielen Verdiensten, die sich der Springersche Verlag um die Förderung der medizinischen Wissenschaft erworben hat, dürfte die Schaffung dieses Werkes mit an erster Stelle stehen. *Sp.*

Economo, C. von: Über den feineren Bau des Uncus. Anat. Anz. Bd. 60, Nr. 16/17, S. 406—414. 1926.

von Economo hatte in dem von ihm und Koskinas herausgegebenen Werk über die „Cytoarchitektonik der Großhirnrinde des erwachsenen Menschen" eine besondere Sorgfalt auf die Darstellung der Anordnung der Rinde im Bereiche des Uncus gyri hippocampi verwandt. Es überziehen den vorderen Teil des Gyrus hippocampi und die polaren Teile des Uncus 3 typische Uncusareae: Ha die Area uncinata, Hb die Area paruncinata und Hc die Area rhinalis limitans, und es schließt sich nach innen von der letzteren die Präsubiculargegend an, das ist die (innere) dorsale Kante des Gyrus hippocampi, die der Länge nach von der granulösen Formation Hd, dem „Koniocortex" (Körnerrinde), der primären „Geschmackssphäre" eingenommen wird. Alle diese 4 Areae lassen das nach hinten gekehrte fimbriäre Ende des Uncus frei. Der Koniocortex deckt das Subiculum bis ungefähr zu einer quer durch die „Kniekehle" (= Umbiegungsstelle des Uncus) etwas nach vorn und außen geneigten Ebene. Der hinter dieser Ebene liegende Teil des fimbriären lateralen Uncusschenkels ist dagegen vollständig von der „Area pyramidalis" He eingenommen. Neuere Untersuchungen haben v. E. nun gelehrt, daß diese letztere Area nicht einheitlich ist: Zwar liegt frontal die einfache Area pyramidalis unci He, dann folgt aber caudal eine Lage derselben, die von den beiden Blättern der „Bandelette de Giacomini" überdeckt ist (He_3 und HF), dann folgt eine „Area pyramidalis unco-ammoniaca" He_4 und zuletzt die „Area pyramidalis duplex" He_5, die das fimbriäre letzte Ende darstellt und bei der die Area

Digitized by Google

pyramidalis der Ammonskappe der Area pyramidalis des Uncus direkt aufsitzt, so daß die Zellzüge ihrer beiden Molekularschichten an der Innenwand direkt ineinander übergehen. Der von der Area pyramidalis He bedeckte Teil des Uncus dehnt sich über 1 cm an der medialen Fläche (Sulcus hippocampi) aus, an der lateralen, dem Hemisphäreninnern zugewandten Fläche reicht er weiter nach vorn (ca. 1,5 cm in fronto-caudaler Ausdehnung), grenzt vorne dorsal an die Area uncinata Ha und ventral an die Area T des Gyrus semilunaris (gyr. olf. lateral.). *Wallenberg* (Danzig).

Tschernyscheff, A.: Über einige, die unteren Oliven, die Brücke und das Kleinhirn verbindende Bahnen. Vorl. Mitt. (*Krankenh. v. Ssemaschko, Moskau.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 76, H. 3, S. 335—378. 1926.

Tschernyscheff hat den Hirnstamm und das Kleinhirn in 3 Fällen von Tumoren der Brücke, des Hirnstamms und des Kleinhirns untersucht. Im ersten Falle nahm ein Gliosarkom (11jähriges Mädchen) die ganze Brücke ein und ging auf den oberen Teil des verlängerten Markes und auf die Hirnschenkel über. Der 2. Fall betraf ein Gliosarkom des Kleinhirns bei einem erwachsenen Menschen, das den Wurm und angrenzende Hemisphärenteile zerstört hatte. Im 3. Fall handelte es sich um ein Spindelzellensarkom der rechten Kleinhirnhälfte und der Brücke, gleichfalls bei einem Erwachsenen. Aus den sekundären Atrophien und Degenerationen glaubt T. folgende Schlüsse über die normalen Verbindungen zwischen Kleinhirn, Brücke und untere Olive ziehen zu können: Die Zellengruppen der Brückenbasis sind, wie längst bekannt, mit der gekreuzten Kleinhirnhälfte durch Fasern des Brückenarmes verbunden. Laterale und dorsomediale Gruppen der Brückenbasis besitzen Beziehungen zur gleichseitigen Kleinhirnhemisphäre, mediale Gruppen mit dem medialen Anteil der entgegengesetzten Kleinhirnhemisphäre und dem Wurm. Die Rinde der Kleinhirnhemisphären und des Wurms ist mit dem Nucleus reticularis tegmenti pontis verbunden. Als Folge einer Affektion der Brücke und der unteren Olive ließ sich in der Kleinhirnrinde Bielschowskys „zentropetaler Degenerationstyp" bestätigen. „Es kann zugelassen werden, daß die „Kletterfasern" als Endstätte der Brückenfasern dienen, die „Moosfasern" aber den Endpunkt des olivaren Systems darstellen." T. bestätigt ferner die vor langer Zeit bereits aufgestellte Theorie, daß die unteren Hauptoliven größtenteils zu den Kleinhirnhemisphären, die Nebenoliven zum Wurm Beziehungen besitzen. Außer der Kleinhirnrinde ist auch der Nucleus dentatus für Veränderungen der unteren Oliven verantwortlich zu machen. T. gibt schließlich die Möglichkeit von Verbindungsfasern zwischen Wurm und Hemisphären zu. Der Ref. hält es nicht für einwandfrei, aus sekundären Veränderungen bei Tumoren ohne weiteres Schlußfolgerungen über die normale Struktur der Zentralorgane zu ziehen. *Wallenberg* (Danzig).

Tanturri, Vincenzo: Le terminazioni del nervo acustico nel labirinto dei polli. (Contributo istologico.) (Die Endigung des N. acusticus bei Hühnern.) Neurologica Jg. 42, Nr. 6, S. 321—335. 1926.

Eingehende Untersuchungen mit Cajals Silbermethoden am Labyrinth von Vögeln, insbesondere Hühnern in verschiedenen fetalen und reifen Entwicklungsstadien bestätigten die Ergebnisse von Cajal und seinen Schülern, daß die Vestibularisfasern mit den Ciliarzellen der Maculae acusticae und der Cristae ampullares nicht kontinuierlich verbunden sind, sondern lediglich in engstem Kontakt stehen. Tanturri konnte ferner besonders an Embryonen die Kontinuität zwischen Axoplasma und Zellprotoplasma als höchst wahrscheinlich erweisen. Dagegen fand er endocellulare Bildungen weder in Form von Ringen (Bielschowsky-Brühl) noch von Netzen (Kolmer, London und Pesker). Als nervöse Einheit gilt ihm immer noch die Ganglienzelle, deren Fortsatz, soweit er mit der Sinneszelle in Berührung tritt, den Dendriten bildet. Bei frühen Embryonalstadien läßt sich eindeutig der Nachweis einer Distanz zwischen Faserendigung und Sinneszelle führen. *Wallenberg* (Danzig).

D'Abundo, Giuseppe: Sopra alcune particolarità anatomiche evolutive del nevrasse e loro importanza in neuro-psicopatologia. (Über einige entwicklungsgeschichtliche

Digitized by Google

Eigenarten des Zentralnervensystems und ihre Bedeutung für die Neuro-Psycho-Pathologie.) (*Istit. di clin. d. malattie nerv. e ment., univ., Napoli.*) Rif. med. Jg. 42, Nr. 4, S. 73—75. 1926.

D'Abundo macht in einer Eröffnungsvorlesung des Semesters auf die Wichtigkeit der Kenntnis des Zentralnervensystems für das Verständnis der Nerven- und Geisteskrankheiten aufmerksam, insbesondere auf die Bedeutung der Phylogenese (palāogenetische und neogenetische Teile, Segmentierung), der Zusammensetzung der Neuronsysteme, der Cytoarchitektonik, Myeloarchitektonik, Glioarchitektonik und Vasoarchitektonik, insbesondere der Hirnrinde, auf die zeitliche Differenz in der Markentwicklung verschiedener Fasersysteme und Großhirnrindenfelder je nach ihrer physiologischen Rolle. Er erwähnt dabei auch eigene Arbeiten, besonders über die weitgehende Regenerationsmöglichkeit des embryonalen und jugendlichen Nervensystems (nach Exstirpation von Rückenmarkteilen und Spinalganglienabschnitten bei jungen Katzen) und weist darauf hin, wie Schädigungen der Großhirnrinde in frühen Entwicklungsstadien zu ganz verschiedenen hereditären und angeborenen geistigen Ausfallserscheinungen und Krankheitsbildern führen müssen, je nach dem Ort, an dem die Schädigungen einsetzen. Er würdigt ferner die Arbeiten von Guizetti, Spatz u. a. über die verschiedene Affinität der einzelnen Teile des Nervensystems für toxische und andere Schädlichkeiten, die „Pathoklisen" Vogts, die Bedeutung der Blutgefäßanordnung und ihrer angeborenen Anomalien für die Lokalisation von Krankheitsprozessen (Poliomyelitis, Polioencephalitis), ferner die bedeutsame Rolle, welche das vegetative Nervensystem (Sympathicus, Parasympathicus) und seine primären, sekundären und tertiären Zentren für einen großen Teil der Nerven- und Geisteskrankheiten spielt. Schließlich erwähnt er auch hereditäre Faktoren, wie Lues und Alkoholismus, die entweder allein zu Erkrankungen führen oder das Nervensystem empfänglicher machen für andere Schädlichkeiten, und betont nachdrücklich die Notwendigkeit prophylaktischer und hygienischer Maßnahmen zur Verhütung der Nerven- und Geisteskrankheiten und damit zur Abwendung der Degeneration des kommenden Geschlechtes, zur Stärkung in dem Kampfe ums Dasein. *Wallenberg* (Danzig).

Tokura, Raisuke: Entwicklungsmechanische Untersuchungen über das Hörbläschen und das akustische, sowie faciale Ganglion bei den Anuren. (*Anat. Inst., kais. Univ. Kyoto.*) Folia anat. japon. Bd. 3, H. 4/5, S. 173—208. 1925.

Tokura hat unter der Leitung von Ogawa zahlreiche Versuche an Larven von Rana und Bufo angestellt zur Klärung entwicklungsgeschichtlicher Fragen über die Polarität des Anlagematerials des Hörbläschens, über die Hörbläschenbildung nach Elimination des Ektoderms des normalen Bildungsortes, über den Einfluß des Gehirnes auf die Bildung des Hörbläschens und über die Entwicklung, besonders Genese des Ganglion acusticum und faciale. Zunächst untersuchte er durch Drehungs- und Transplantationsexperimente, ob die Polarität des Hörbläschens schon im Zellkomplexe des Anlagematerials selbst bestimmt ist oder sich erst unter Beeinflussung von seiten des umgebenden Gewebes entfaltet. Streeter hatte nach Exstirpation der rechten Hörbläschenanlage die linksseitige Anlage einer Froschlarve in die Tasche der rechten Seite transplantiert, d. h. an die Stelle, aus der die rechte Anlage entfernt war, und er konnte bei einem Tier nach 1 Monat ein normal ausgebildetes und normal orientiertes (linksseitiges) Labyrinth feststellen und schloß daraus, „daß die Lateralität vor der Abschnürung determiniert ist". T. hat nun bei 12 sehr frühen Larven von Rana nigromaculata nach einer von Spemann angegebenen Methode in 0,2proz. Kochsalzlösung einen viereckigen Epidermislappen am oberen Teil des späteren Kiemenkorbes herausgeschnitten, 180° um seine transversale Achse gedreht und wieder eingeheilt, und bei 12 anderen gleichaltrigen die an gleicher Stelle (Gehörzone!) exstirpierten Lappen der rechten Seite durch ebensolche Lappen ersetzt, die aus der Gehörzone der linken Seite der anderen Larve herauspräpariert waren, in normaler Lage, so daß nur vorn und hinten vertauscht waren. Die Untersuchung in verschiedenen Entwicklungsstadien (Fixierung mit Zenkerscher Lösung oder Pikrinsäure-Sublimat nach Rabl, Paraffinschnitte, Boraxcarminfärbung) ergab, daß sich anstandslos ein normales, aber linksseitiges Labyrinth entwickelt hatte — eine Bestätigung der Angabe Streeters und ein Beweis, daß bereits „in der Anlage, die nur als Verdickung der Sinnesplatte sich darstellt und keine mikroskopisch sichtbare Veränderung zeigt, jeder zukünftige Bestandteil des Labyrinthes schon bestimmt ist und die Differenzierung selbständig ohne Beeinflussung von seiten der umgebenden Organe weiter vor sich geht". Die Hörbläschenanlage hat also ein Selbstdifferen-

Digitized by Google

zierungsvermögen. Dagegen wird die Knorpelkapsel von der neuen Umgebung aus differenziert. Eine von Streeter angenommene enge Lagebeziehung des Ganglion acusticum zum Gehirn konnte dabei von T. nicht bestätigt werden, ebensowenig bestanden nervöse Verbindungen mit dem Gehirn, selbst in den Transplantationsversuchen, bei denen die Lagebeziehung des entwickelten Hörbläschens und des ihm anhaftenden Ganglion acusticum zum Gehirn ganz normal war. Die Körperhaltung und die Bewegungen der betreffenden Larven zeigten nur dann dauernde Störungen, wenn beide Hörbläschenanlagen exstirpiert waren. Um die Frage zu lösen, ob das Hörbläschen auch aus dem Epithelmaterial in der Umgebung des normalen Bildungsortes entstehen kann, wurde der Ort der Anlage des Hörbläschens bei Bufo-Larven im Stadium der offenen (25) und der geschlossenen Medullarrinne (vor Differenzierung einer Hörbläschenanlage, 20) in großer Ausdehnung entfernt, um keine Reste der Anlage zurückzulassen. Es ergab sich, daß das neugebildete Ektoderm imstande ist sowohl im 1. wie im 2. Stadium Hörbläschen zu bilden, im 2. Stadium allerdings in weit geringerem Grade als im 1. Weitere Experimente mit Exstirpation einer Hälfte der Gehirnanlage bzw. einer Hemisphäre bewiesen eklatant, daß die Entwicklung und Entstehung der Gehörbläschenanlage vollständig unabhängig von dem Gehirn ist und lediglich durch ihr topisches Verhalten gegen die ganze Umgebung oder gegen den ganzen Organismus selbst bedingt wird. Das Ganglion acusticum wächst ausschließlich aus dem Wandepithel des Hörbläschens hervor — eine Bestätigung der Angabe von Schwalbe, daß „trotz der schweren Mißbildung des Zentralnervensystems das ganze periphere Gehörorgan volständig normal zur Entwicklung gelangen kann". T. hat ferner die strittige Frage zur Entscheidung bringen können, ob das Ganglion acusticum und faciale (+ trigeminum) einen gemeinsamen Ursprung besitzen. Er entfernte in frühen Entwicklungsstadien die Ganglienleiste des Facialis bei Bufo-Larven und konnte beweisen, daß das Ganglion acusticum nicht aus der gemeinsamen Anlage mit dem G. faciale, sondern aus der Wand des Hörbläschens entsteht, daß ferner das Facialisganglion sich unabhängig von der Ganglienleiste entwickeln kann, wie bereits Lewis nachgewiesen hatte. Die Ganglienleiste kann nicht nur Nervengewebe, sondern auch das Bindegewebe des Kopfes bilden.

Wallenberg (Danzig).

Bluntschli, H.: Zur Frage nach der funktionellen Struktur und Bedeutung der harten Hirnhaut. Zeitschr. f. wiss. Biol., Abt. D: Wilhelm Roux' Arch. f. Entwicklungsmech. d. Organismen Bd. **106**, S. 303—319. 1925.

Funktionelle Strukturen sind solche, deren eigenartige Faserung und Schichtung erst verhältnismäßig spät, während der Fetalzeit oder erst nach der Geburt, zustande kommt und auf Zerrungen zurückgeht, die ihre zuerst ganz weiche, sulzige Mesenchymanlage nach Umwandlung in richtungslose Bindesubstanz erfährt und wobei mehr und mehr Faserungen sich ausbilden, die den Hauptbeanspruchungsrichtungen Widerstand zu leisten vermögen. Die harte Hirnhaut zeigt mancherlei auffallende Ähnlichkeit mit den typischen funktionellen Strukturen. Vom ersten Augenblick der Kopfanlage an und ebenso während des ganzen Lebens machen sich gestaltbeeinflussende Wirkungen von seiten der verschiedenen Kopforgane aufeinander geltend. Die Befestigung der Dura mater am Schädel ist an den verschiedenen Stellen eine verschiedene. Hierbei ist auch das Lebensalter von Bedeutung. Besonders fest sitzt die Dura an einzelnen Knochenvorsprüngen und Kanten. Es hat den Anschein, daß man es hier mit einem einheitlichen mechanischen System zu tun hat. Weitere Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

Reichardt (Würzburg).

Penfield, Wilder G.: The cranial subdural space. (A method of study.) (Der Subduralraum des Schädels.) (*Dep. of surg., coll. of physic. a. surg., Columbia univ., New York.*) Anat. record Bd. 28, Nr. 2, S. 173—175. 1924.

Der Autor stellte sich auf Grund eines von ihm früher beschriebenen pathologischen Befundes die Frage, ob der Subduralraum nur ein inhaltloser Spalt ist oder unter normalen Verhältnissen auch Flüssigkeit enthält. Da Einstiche mit feinen Nadeln zum Ansaugen und zur Injektion von Farbe nicht zum Ziele führten, da Verletzungen der Arachnoides dabei nicht zu vermeiden waren, so schlug er das folgende Verfahren ein. In die Carotis interna eines narkotisierten Hundes wurde bei geringem Druck 10 proz. Formollösung mit physiologischer Kochsalzlösung injiziert und das Versuchstier alsdann mehrere Tage bei einer Temperatur etwas unter 0° gefroren. Durch den Kopf ließen sich dann scheibenförmige Sägeschnitte machen, aus denen sich das Gehirn mit der Arachnoides, der Pia und dem gefrorenen Liquor cerebrospinalis leicht herauspräparieren ließ. Unter der Dura fand sich alsdann eine Lage von klarem, gelblichem Eis, das in einer Flasche gesammelt und aufgetaut eine Flüssigkeit ergab, deren Menge wenige Tropfen bis zu 1 ccm für einen 10 pfündigen Hund betrug. Es enthält der Subduralraum über dem Groß- und Kleinhirn mithin eine wechselnde

Digitized by Google

Menge von klarer, gelblicher Flüssigkeit, welche verschieden ist von dem farblosen Liquor cerebrospinalis zwischen Arachnoides und Dura. *Ballowitz* (Münster i. W.).

Cushing, Harvey: Cameron lectures. I. The third circulation and its channels. (Cameron-Vorlesungen. I. Der dritte Kreislauf und seine Wege.) Lancet Bd. **209**, Nr. 17, S. 851—857. 1925.

Welchen Wegen folgt der Strom des Liquor cerebrospinalis und wie sind diese Wege beschaffen? Das ist die Frage, mit deren Lösung sich Cushing, der durch eine geniale Vervollkommnung der Hirnoperationen sowie durch seine Beiträge zur Kenntnis der Hirntumoren bekannte amerikanische Chirurg, in einem an Form und Inhalt gleich ausgezeichneten Vortrage beschäftigt. Eigene Untersuchungen bei Kocher sowie in Baltimore, ferner die Ergebnisse experimenteller und pathologisch-anatomischer Studien seiner Mitarbeiter und Schüler (Reford, McClure, Lewis H. Weed, S. C. Harvey) im Verein mit früheren Resultaten eines Kellie, Dandy, Mott, Goldmann, Harrison u. a. führten ihn zu folgenden Anschauungen über die Zirkulation des Liquor, über Genese und Struktur des Kanalsystems, in dem er sich bewegt: Etwa in der 5. Woche des Embryonallebens ist die Entwicklung der Chorioidalzotten im Dache des 4. Ventrikels so weit vorgeschritten, daß sie zu sezernieren beginnen. Die durch den Rest der Hisschen Dachplatte filtrierte Flüssigkeit bahnt sich Wege durch das primitive Mesenchym, die den Zellen der Neuralleiste entstammen, von spezifischen mesothelialen Membranen begrenzt werden und durch kleinste Öffnungen mit den großen venösen Sinus zusammenhängen. Damit entsteht eine Art „Weiche", ein Nebenstrom des Blutkreislaufes, in dem sich eine den ventrikulären und meningealen Räumen angepaßte, eigenartig zusammengesetzte Flüssigkeit bewegt und der mit tieferen Hirnteilen durch perivaskuläre Röhren aus Pia-Arachnoidea-Gewebe kommuniziert. Es handelt sich um die Virchow-Robinschen bzw. Hisschen Räume, die eine arachnoidale „viscerale" Grenzschicht gegen die Pia-Arterienwand und eine „parietale" piale Wandung („Limitans glia") gegen das Nervengewebe hin zeigen. Die Richtung des Flüssigkeitsstromes geht also vom Nervengewebe durch die Limitans glia hindurch in die perivaskulären Pia-Arachnoidea-Scheidenräume und von dort aus in die venösen Sinus. Neben den festen Wandzellen, die diese Räume begrenzen, sind andere, als „Meningocyten" bezeichnete Elemente vorhanden, die eine Neigung zu Haufenbildung besitzen — gleichsam verankerte Zerstörerflotten, bereit, die Anker zu lichten und jeden Eindringling anzugreifen. Der phagocytäre Charakter dieser Zellen läßt sie den Kupfferschen Zellhaufen in den Lebergefäßen an die Seite stellen: beiden ist eigentümlich eine starke Affinität für Vitalfarben, die Fähigkeit, rote Blutkörperchen zu zerstören (Elemente, die dem innerhalb der meningealen Räume zirkulierenden Medium fremd sind) und das Hämoglobin dieser roten Blutkörperchen in Bilirubin zu verwandeln. Diese Meningocyten bilden somit einen reticulo-endothelialen Apparat für die Meningealräume. Sie können auch der Sitz von Tumorbildungen werden, die fälschlich, weil sie in den meisten Fällen innerhalb der Dura liegen, als Endotheliomata durae matris gelten, aber richtiger als „Meningiome" zu bezeichnen sind. Ihre endothelialen Hauptzellen können sich anscheinend zu Fibroblasten umwandeln. *Wallenberg* (Danzig).

● **Worobiew, W.: Untersuchungen des Nervensystems des Menschen und der Tiere. Tl. I. Methodik der Untersuchungen von Nervenelementen des makro- und makro-mikroskopischen Gebietes.** Berlin: Oscar Rothacker 1925. 130 S. RM. 15.—.

Das Buch faßt die Ergebnisse der langjährigen Arbeiten von Worobiew und seinen Schülern zusammen. Der vorliegende Teil beschäftigt sich ausschließlich mit der Untersuchung des „makro-mikroskopischen" Gebietes des peripheren Nervensystems, besonders der Nervengeflechte und Ganglien innerer Organe nebst ihren Verbindungen und Endigungen, die zwischen dem Sehfeld des Anatomen und dem des Histologen liegen. Nach einer kurzen Charakterisierung dieser Anteile des Nervensystems und der Grundbedingungen für ihre Sichtbarmachung wird die Technik ihrer Untersuchung

Digitized by Google

eingehend dargestellt. Verf. bespricht zuerst die Wahl der Präparate, die Arten der Vorbehandlung und das zur Untersuchung notwendige Instrumentarium. Von ausschlaggebender Bedeutung für die Untersuchung dieser noch verhältnismäßig sehr unbekannten Gebiete des Nervensystems ist nach ihm die Anwendung einwandfreier binokularer Lupen bei guter auf- oder durchfallender Beleuchtung der Objekte. Sehr wichtig ist auch die Aufhellung der Gewebe vor der Untersuchung, deren Technik vom Verf. ebenfalls eingehend besprochen wird. Die Präparation der Nerven erfolgt trocken oder unter Wasser mit der Tropf- und Tauchmethode. Ein größerer Teil des Buches ist dann der Färbung der Objekte, die auch für die Erforschung des makro-mikroskopischen Teiles des Nervensystems von großer Wichtigkeit ist, gewidmet. Am günstigsten sind auch hier Elektivfärbungen der Nerven, die vital oder postmortal vorgenommen werden können. Verf. bespricht hier der Reihe nach in kritischer Weise die Anwendung verschiedener Farben (Hämatoxylin, Carmin, Methylenblau, Thionin, Metallsalze und ihre Kombinationen). Zum Schluß werden einige wertvolle Winke für die photographische Aufnahme der Objekte und das Montieren von Museumspräparaten gegeben. Das tadellos ausgestattete Werk enthält zahlreiche ganz ausgezeichnete Illustrationen, die die hervorragenden Resultate der Untersuchungsmethoden des Verf. demonstrieren. Es ist für das Studium des makro-mikroskopischen Teiles des peripheren Nervensystems von grundlegender Bedeutung. Seine Lektüre muß jedem, der sich mit der Untersuchung dieser Nervengebiete beschäftigt, aufs dringendste empfohlen werden. *Weimann* (Berlin).

Normale und pathologische Physiologie.

Klarfeld, R.: Der heutige Stand der Neuronenlehre. Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 52, S. 2481—2483. 1925.

Klarfeld gibt eine kurze historische Schilderung von der Entwicklung und dem Wesen der Neuronenlehre. Wenn auch weder die anatomische noch die genetische Selbständigkeit des Neurons heute noch aufrecht erhalten werden kann, so „besteht für die Wirbeltiere der Fundamentalsatz der Neuronenlehre immer noch zu Recht, daß es im Nervensystem keine andere nervöse Substanz gibt als Ganglienzellen und Ganglienzellausläufer". (Bielschowsky.) Aber nicht nur in diesem Punkte hat sich die Neuronenlehre bis auf weiteres behauptet, sondern sie bleibt auch als stärkste Stütze der praktischen Neurologie bestehen, da sich die ganze neurologische Diagnostik auf ihren Grundsätzen aufbaut. *Wallenberg* (Danzig).

Dürken, Bernhard: Über Entwicklungskorrelationen zwischen Extremitäten und Nervensystem bei Rana fusca. Biol. Zentralbl. Bd. 45, H. 9, S. 541—550. 1925.

Dürken hatte bereits in den Jahren 1911 und 1913 beobachtet, daß bei Rana fusca bestimmte Beziehungen zwischen Extremitäten und Nervensystem sowie zwischen Auge, Nervensystem und Extremitäten bestehen. Es traten Entwicklungshemmungen des Mittelhirndaches ein, wenn gleichseitige Hinterbeinanlagen bei Froschlarven exstirpiert wurden, und zwar in leichteren Fällen nur auf der operierten Seite, in anderen auch auf die andere Seite übergreifend. In letzteren Fällen ergab sich auch eine Hemmung der nicht operierten Extremitäten (Defekte distaler oder distaler + proximaler Teile). Entfernung von Vorderbeinanlagen wirkte ähnlich, aber in geringerem Grade. Zerstörung eines Auges bei jungen Larven führte zu gleicher Entwicklungsstörung des Mittelhirndaches, in schweren Fällen auf beiden Seiten, und daneben zur Extremitätenhemmung wie nach Exstirpation einer Beinanlage. Hamburger konnte neuerdings (1925) diese Ergebnisse nach Exstirpation des rechten Auges bei Froschlarven bestätigen. Aber es beschränkte sich der Defekt auf distale Teile des Hinterbeins (Fuß bzw. Zehen). Ebenso nach einseitigen Mittelhirnexstirpationen. D. weist nun an der Hand ausführlicher Versuchstabellen nach, daß in einer großen Anzahl von Fällen auch seine Frösche lediglich an den distalen Extremitäten Veränderungen zeigen, insbesondere wie bei Hamburger nur eine Verringerung der Zehenzahl, und zwar fast durch-

Digitized by Google

weg symmetrisch nach einseitiger Augenexstirpation; ein höherer Prozentsatz asymmetrischer Hemmungen an den Hinterbeinen (rechtes Hinterbein stärker als linkes nach Entfernung der linken Vorderbeinanlage) trat nach Exstirpation von Vorderbeinanlagen auf. Die Differenz in der Ausdehnung der Defekte hatte D. später durch die Verschiedenheit lokaler Rassen zu erklären versucht. Hamburger führte dagegen an, daß auch bei Benutzung von Fröschen aus gleichen Bezugsstellen in einer Anzahl von Versuchen keine Extremitätendefekte erzielt werden. D. glaubt, diesen Umstand jetzt auf eine Verschiedenheit des Furchungstypus zurückführen zu dürfen, da in ein und derselben Gegend verschiedene Furchungstypen gemischt sein könnten. Die Frage bedarf weiterer Klärung. *Wallenberg* (Danzig).

Biedermann, W.: Vergleichende Physiologie des Integuments der Wirbeltiere. Ergebn. d. Biol. Bd. 1, S. 1—342. 1926.

In umfassender Weise werden von Biedermann unter Verwendung zahlreicher instruktiver Abbildungen, die besonders dem Nichtzoologen das Verständnis sehr erleichtern, die physiologischen Vorgänge in der Haut der Wirbeltiere behandelt. Der Verhornungsprozeß in der Epidermis und die physiologische Struktur der Haut wird ausführlich besprochen. Von besonderem physiologischen Interesse ist der zweite Teil der Abhandlung, der die Hautfärbung der Fische, Amphibien und Reptilien zum Gegenstand hat. Hier sind auch die Vorgänge bei der Farbenanpassung, ihre Abhängigkeit von Sinnesorganen und Zentralnervensystem, eingehend gewürdigt. Die streng begrenzte Lichtwirkung auf der Haut wird als Folge direkter Einwirkung der Lichtstrahlen auf die Chromatophoren und nicht als Reflex aufgefaßt. *E. Gellhorn.*

Henschen, S. E.: Über die Funktion der rechten Hirnhemisphäre im Verhältnis zu der linken, in bezug auf Sprache, Musik und Rechnen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 100, H. 1, S. 1—16. 1925.

Der hochverdiente Altmeister der Aphasielehre gibt in kurzer Zusammenfassung einen Überblick über seine überaus reichen Erfahrungen über die verschiedene Bedeutung der beiden Hemisphären für die sprachlichen, musischen und Rechenleistungen. In bezug auf die motorische Sprache besteht eine große Variation der Restitution nach Zerstörung der Brocaschen Gegend. Jedenfalls zeigt aber die rechte Brocasche Gegend eine ausgeprägte Inferiorität, es kommt ihr mehr eine Rolle für den automatischen, mechanischen Sprachvorgang zu. Bei Läsion der linken Hemisphäre kommt es als Leistung der rechten zur Paraphasie. Was das Schreiben betrifft, so vermag die rechte Hemisphäre bei Läsion der linken F 2 die Leistung nicht zu ersetzen. Das Wortehören und besonders das Worteauffassen mit der rechten Hemisphäre sei recht begrenzt, indem nur ein „mechanisches resp. physiologisches Hören der Worte, aber nicht ein psychisches Verstehen bei Läsion der linken Temporalwindung stattfindet". „Noch weniger leistet die rechte Angularisgegend für das Lesen. Hier kommt es bei Läsion der linken höchstens nur noch zu einem ganz mechanischen verständnislosen Lesen." Zusammenfassend äußert Henschen seine Meinung dahin, daß die rechte Hemisphäre für die primitiven Leistungen, das mechanische Nachsprechen usw. in Betracht kommt, daß sie für die einzelnen Sprachleistungen um so Besseres leistet, je einfacher sie sind, so das Beste beim Sprechen und Hören, weniger schon beim Lesen, das Geringste beim Schreiben. Die rechte Hemisphäre stelle eine primitivere Entwicklungsstufe als die linke dar. Da die musischen Leistungen phylogenetisch im Verhältnis zur Sprache eine primitivere Leistung repräsentieren, so ist die rechte Hemisphäre in bezug auf die musischen Leistungen viel besser geeignet, die linke zu ersetzen. Die recht hohe Leistung des Rechnens ist dagegen wahrscheinlich fast ganz an die Intaktheit der linken Hemisphäre gebunden. — Die verschiedenartige Entwicklung der beiden Hemisphären betrachtet H. als den Ausdruck eines allgemeinen Gesetzes, nach dem die Natur bei bilateralen Organen nur durch Aufopferung des einen Organes zu einer Höherentwicklung des anderen gelangen kann. Wenn er die Frage, ob die rechte Hemisphäre nicht doch vielleicht entwicklungsfähig sei, nicht strikt mit Nein beantworte,

Digitized by Google

so scheinen ihm doch eine Reihe von Tatsachen dafür zu sprechen, daß die Minderwertigkeit der rechten Hemisphäre eine primäre niedrigere Organisation darstelle.

K. Goldstein (Frankfurt a. M.).

D'Abundo, Emanuele: Experimenteller Beitrag zum Studium des Hypothalamus und der Hirnschenkel. Arb. a. d. neurol. Inst. d. Wiener Univ. Bd. **27**, H. 2/3, S. 229 bis 234. 1925.

In diesem Aufsatz hat Verf. die hauptsächlichsten klinischen und anatomischen Untersuchungsresultate von Experimenten niedergelegt, die in einer ausführlichen italienischen Arbeit in der Neurologica beschrieben sind. An neugeborenen Kätzchen wurde in der linken hinteren Parietalgegend ein rechtwinkliger Einschnitt vorgenommen und nach Durchtrennung des Knochens ein Skalpell lateral vom Sinus sagittalis ventralwärts bis zum Knochen vorgeschoben. Dann wurde das Skalpell um einen rechten Winkel gedreht und nach außen geführt. Regelmäßig zeigte sich im Anschluß an die Verletzung Kopfdrehung nach rechts, ungefähr 8 Tage dauernde choreiforme Bewegungen, während später mehr der Rigor besonders beim Gehen in den Vordergrund trat. Anatomisch erwies sich stets bei den nach 3 Monaten getöteten Tieren die Regio hypothalamica und die Substantia nigra der linken Seite besonders geschädigt. Die linksseitige Gehirnhälfte ist im Wachstum zurückgeblieben, bei dem Vorhandensein eines Hydrocephalus. Deutlich degeneriert waren folgende Fasersysteme: Die Pyramide, die cortico-pontinen Systeme, der Lemniscus medialis, das Stratum intermedium der Substantia nigra, der Bindearm der gesunden Seite. Auffallend intakt ist die Commissura hypothalamica beiderseits, ferner die Commissura posterior und das hintere Längsbündel. Die Kopfdrehung wird als Reflexvorgang angesehen, wahrscheinlich zurückzuführen auf die Schädigung des Lemniscus medialis, die choreatischen Bewegungen werden auf die Mittelhirnverletzung bezogen, wobei jedoch der Nucleus ruber keine Rolle spielt. Auch die Starre zeigte sich bei Tieren, bei denen der rote Kern intakt war.

A. Jakob (Hamburg).

Mella, Hugo: The experimental production of basal ganglion symptomatology in macacus rhesus. (Die experimentelle Erzeugung striärer Symptome bei Macacus Rhesus.) (*Dep. of neurol., Long Island hosp., a. dep. of neuropathol., Harward med. school, Boston.*) (*49. ann. meet., Boston, 31. V.—2. VI. 1923.*) Transact. of the Americ. neurol. assoc. Jg. **1923**, S. 131—143. 1923.

Gestützt auf einen Bericht von Edsall, Wilbur und Drinker, welche bei gewerblicher Manganvergiftung parkinsonähnliche Zustände beobachteten, behandelte der Verf. 4 Affen durch 18 Monate mit intraperitonealen Einspritzungen von Manganchlorid. Die Versuchstiere zeigten zunächst choreatische und choreo-athetoide Bewegungsstörungen, welche dann allmählich in typischen Parkinsonismus übergingen. Anatomisch fanden sich bei sonst intaktem Gehirn die Zellen des Linsen- und Schweifkerns geschrumpft und pyknotisch, die Zellkerne exzentrisch, vielfach Kernverlust, Vakuolisation, gelegentlich Neuronophagie, verstreute Gliosenherde. Viele Fasern zeigen Verlust der Myelinscheiden, in einem Fall auch die Fasern der Ansa lenticularis. Die Leber zeigte in 2 Fällen das Bild der akuten Hepatitis mit nekrotischen Herden, kleinen Hämorrhagien und beginnender Fibrose. Der Mangangehalt des Gehirns und der sonstigen Eingeweide überstieg bei weitem die Norm, im Gehirn um das Zehnfache, in der Leber um das Fünfzehnfache.

Erwin Wexberg (Wien).

Rossi, Gilberto: Sui rapporti tra le asimmetrie toniche e le asimmetrie motorie provocate da lesioni cerebellari unilaterali. (Über die Beziehungen der tonischen und motorischen Asymmetrie nach einseitiger Kleinhirnverletzung.) (*Laborat. di fisiol., univ., Firenze.*) Arch. di fisiol. Bd. **23**, H. 1, S. 1—19. 1925.

Wenn gesunde Tiere in Rückenlage festgehalten werden, treten nach Reizung der Schnauze Reflexe auf, bei welchen die beiden Vorderbeine in symmetrischer Weise gegen den Kopf bewegt werden. Durch einseitige Eingriffe (Verletzungen, Reizungen) im Bereiche der cerebellaren Rinde des Crus primum bei Hunden und Katzen entsteht eine tonische Asymmetrie der Haltung des Vorderbeins der operierten Seite, wobei das distale Ende des Humerus mehr sternalwärts steht, als das der anderen Seite und der Ellbogen gebeugt ist. Die tonische Veränderung sucht gerade jene Muskeln in

Digitized by Google

einem Stadium der Verkürzung zu halten, welche bei der motorischen Reaktion in Tätigkeit treten. Auch diese letztere zeigt eine Veränderung in dem Sinne, daß bei Reizung der Schnauze das Vorderbein einer Seite — der verletzten oder gesunden — vorherrschend gebraucht wird (Prävalenz der rechten oder linken Reaktion!). In manchen Fällen zeigten sich auch andere Formen, wobei entweder das Vorderbein der lädierten Seite unbewegt blieb und die anderen Glieder in Tätigkeit traten oder ausschließlich die Bewegungen ausführte, während die anderen Glieder ruhig blieben. Es ist möglich, daß die Verletzung verschiedener Teile des Crus primum diesem Verhalten zugrunde liegen. Die motorische Asymmetrie ist in gewissen Grenzen unabhängig von der Stellung, welche die Gliedmaßen im Augenblicke der Reaktion haben. Gewisse teilweise Verstümmelungen können ausgedehntere Störungen hervorrufen als die vollständige Abtragung des Kleinhirns. Die Asymmetrie der tonischen Haltung der vorderen Extremität durch einseitige Verletzung des Crus primum bleibt auch bei Thalamus- und Mittelhirntieren bestehen, wenn nur die Durchschneidung vor dem Nucl. ruber liegt. Durch die cerebellare Läsion kommt es zu einer Störung der auf einer bestimmten Verteilung der Erregbarkeit von Zentren beruhenden Harmonie der statischen und motorischen Aktivität. Es spielen dabei Änderungen der Reaktionsfähigkeit extracerebellarer Zentren eine Rolle, die sich zum Teil auch in einem Zustande erhöhter Erregbarkeit befinden. *Zingerle* (Graz).

Giusti, L., und B. A. Houssay: Haut- und Genitalveränderungen bei der Kröte infolge Abtragung der Hypophyse oder Gehirnläsionen. (*Laborat. de fisiol., fac. de med., de agron. y de veter., Buenos Aires.*) Rev. de la asoc. méd. argentina (Soc. argentina de biol.) Bd. 37, Nr. 232, S. 155—164. 1924. (Spanisch.)

Um frühere gelegentliche Beobachtungen genauer zu erforschen, haben Verff. an einer Reihe von männlichen Kröten gleichen Alters in oberflächlicher Äthernarkose verschiedene Operationen vorgenommen: 1. Craniotomie ohne Berührung der Hypophyse, 2. totale Entfernung der Hypophyse, 3. Zerstörung der Infundibularregion unmittelbar vor der Hypophyse mit glühender Nadel, 4. Exstirpation des Drüsenlappens der Hypophyse ohne Berührung des intermediären und nervösen Anteils. Der Rest der Tiere diente zur Kontrolle. Die nachfolgende histologische Untersuchung ergab bei den craniotomierten Tieren eine Verwachsung der Operationswunde mit dem Infundibulum mit oberflächlicher Infiltration, aber ohne Berührung der Hypophyse. Ebenso zeigte sich die Entfernung des Drüsenlappens als totale bei unveränderter Struktur der übrigen Teile; bei den Tieren mit vollständiger Entfernung der Hypophyse erwies sich das Infundibulum als unverletzt; bei den mit glühender Nadel berührten war die nervöse Infundibulum und Tubera bildende Lamelle fast stets und vollständig durchbohrt. In der Folge der Operation lassen sich bei den Hypophysipriven eine Aufhellung der Färbung zu hellem Grün beobachten, die dauernd bleibt, bei den Craniotomierten eine mehr olivgrüne Farbe; die Tiere, bei welchen nur der Vorderlappen oder die Infundibularregion zerstört wurden, kehren zur normalen Färbung zurück. Bei der ersten Gruppe bildet sich im Laufe weniger Tage eine schwarze Pellicula aus, welche das ganze Tier bedeckt und nach einiger Zeit wieder abgestoßen wird, bei der letzteren Gruppe kommt es nur in 60% der Fälle zur Bildung dieser Pellicula. Die Mortalität war nach totaler Hypophysenexstirpation eine sehr große (85%), etwas geringer nach Zerstörung der Infundibularregion (76%) und nach Entfernung des Vorderlappens allein (60%); da auch Frösche, bei welchen es nicht zur Bildung der schwarzen Pellicula kommt, eine hohe Mortalität aufweisen, muß diese letztere auf Konto der Drüsenexstirpation gesetzt werden, vielleicht auch auf gleichzeitige nervöse Schädigung bei der Operation. Um den Einfluß der Drüsenexstirpation und der Gehirnläsionen auf den Genitalapparat besser untersuchen zu können, wurden Tiere ihrem Anfangsgewicht entsprechend eingeteilt, am 42.—45. Tage nach der Operation getötet und das Gesamtgewicht sowie dasjenige beider Hoden bestimmt. Letzteres zeigte sich bei den hypophysopriven Tieren stark reduziert, worauf auch das makroskopische Aussehen beider Hoden hinwies. Die Verff. kommen zu dem Schluß, daß die erhöhte Mortalität, die Atrophie der Geschlechtsdrüsen und die Kontraktion der Melanophoren auf Insuffizienz der Hypophyse zurückzuführen seien, das letzte dieser Symptome kann durch Injektion von Hypophysenextrakt oder unvollkommen durch Hypophysenimplantate hintangehalten werden und darf scheinbar auf die fehlende Sekretion des Mittellappens zurückgeführt werden. Was die beiden anderen Symptome anbetrifft, vermögen die Verff. noch keine Erklärung zu geben, wie sie durch Organotherapie oder Implantationen beeinflußt werden könnten. *Hartmann* (München).

Ballance, Charles, Lionel Colledge and Lionel Bailey: Further results of nerve anastomosis. An illustrated record of some experiments in which: I. The central and

Digitized by Google

peripheral ends of a divided nerve were implanted at varying distances apart into a neighbouring normal nerve. II. Certain nerve-trunks of the limbs were divided and anastomosed by suture in cross-wise fashion. (Weitere Ergebnisse der Nervenpfropfung. Illustrierter Bericht über einige Versuche, in welchen 1. das zentrale und das periphere Ende eines durchtrennten Nerven in verschiedenen Abständen in einen benachbarten gesunden Nerven implantiert, 2. gewisse Nervenstämme der Extremitäten durchtrennt und kreuzweise miteinander vereinigt wurden.) **Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 51, S. 533—558. 1926.**

Die im Titel angegebenen Versuche wurden an Affen vorgenommen. Es handelte sich in 10 Fällen um Doppelpfropfung vom N. peroneus auf den N. tibialis bzw. vom Medianus auf den Ulnaris, in 2 Fällen um kreuzweise Überpflanzung zwischen Medianus und Radialis bzw. zwischen Peroneus und Tibialis. Das Ergebnis war in allen Fällen sowohl funktionell als auch anatomisch positiv und ergab einwandfreie Regeration. Bei der Doppelpfropfung hängt die zur funktionellen Wiederherstellung erforderliche Zeit von der Entfernung der beiden Pfropfungsstellen voneinander und möglicherweise auch von der angewandten Methode ab. Die größte Distanz der Pfropfstellen war in den vorliegenden Experimenten $8^1/_2$ cm. Bemerkenswert ist, daß zur Reizung der peripheren Abschnitte ein stärkerer faradischer Strom erforderlich war als für die der zentralen Abschnitte. Diese Unterschiede der Reizbarkeit sind vermutlich auf Differenzen im Grade der bereits erfolgten Regeneration zurückzuführen. *Erwin Wexberg* (Wien).

Miller, Frederick R., and R. A. Waud: Viscero-motor reflexes. IV. (Viscero-motorische Reflexe. IV.) (*Dep. of physiol., univ. of Western Ontario med. school, London, Canada.*) Americ. journ. of physiol. Bd. **73**, Nr 2, S. 329—340. 1925.

An decerebrierten Katzen wurden die Fäden des Pl. mesent. sup. längs der Art. mes. sup. isoliert und faradisch, mechanisch und mit Einzelinduktionsströmen gereizt. Es treten dabei reflektorische Kontraktionen der Bauchmuskeln, der hinteren Extremitätenmuskulatur (Schwelle höher als für die Bauchmuskeln; hohes Summationsvermögen) und in seltenen Fällen auch an den vorderen Extremitäten und am Nacken auf. Diese Reflexe dürften zum Teil (z. B. die Versteifung der Bauchwand) als Schutz gegen mechanische, schädliche Reizungen der Baucheingeweide dienen. Die Bauchdeckenreflexe werden durch gleichzeitige Reizung der visceralen Nerven gefördert und ihre reflexogene Hautzone wird vergrößert. (II. vgl. dies. Zentrlbl. 42, 262.) *v. Brücke.*

Weller, Carl Vernon: The experimental production of a relative immunity to the cerebral manifestations of lead poisoning. (Experimentelle Erzeugung einer relativen Immunität gegen die cerebralen Manifestationen der Bleivergiftung.) (*Dep. of pathol., univ. of Michigan, Ann Arbor.*) Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. **23**, Nr. 1, S. 36—37. 1925.

Meerschweinchen, die peroral mit 300 mg Blei in Kapseln (pro 1 kg Körpergewicht) vergiftet werden, bekommen vom 4. Tage ab Krämpfe. Sistiert man die weitere Bleidarreichung und überleben die Tiere, so zeigt sich bei einer neuerlichen Bleivergiftung nach einer längeren Pause, daß nun erst höhere Bleidosen Krämpfe auszulösen imstande sind. Man kann so allmählich die vierfache Dosis erreichen, ohne Krämpfe auszulösen. Diese Immunität betrifft aber nur die cerebralen Erscheinungen, während die übrigen Toxinwirkungen (Kachexie, Gewichtsabnahme, Muskelschwäche) unverändert auftreten. *E. Spiegel* (Wien).

Bremer, Frédéric: Recherches sur le mécanisme de l'action de la strychnine sur le système nerveux. I. La strychnine et les phénomènes d'inhibition. (Strychnin und Nervensystem.) (*Inst. de physiol., univ., Bruxelles.*) Arch. internat. de physiol. Bd. **25**, H. 2, S. 131—152. 1925.

Im Zustande der Strychninvergiftung ist bekanntlich die normale Koordination der Bewegungen aufgehoben, da sich gleichzeitig Extensoren und Flexoren kontrahieren, während im unvergifteten Zustande bei Auslösung eines Beugereflexes die Kontraktion des Beugers mit der Erschlaffung des zugehörigen Antagonisten verbunden

Digitized by Google

ist. Es ist bereits von Magnus bei seinen Untersuchungen über die tonischen Vestibularreflexe gezeigt worden, daß diese durch Strychnin nicht umgekehrt werden. Verf. konnte nachweisen, daß die durch Reizung des Lobus anterior des Kleinhirns auf die gleichseitige Muskulatur ausgeübte Hemmung auch nach Strychninvergiftung unverändert erhalten bleibt. Die Erklärung für das verschiedene Verhalten der Reflexe im Zustande der Strychninvergiftung scheint darin begründet zu sein, daß nur solche Hemmungen invertiert werden, die nicht als reine Hemmungen anzusprechen sind, da sie noch eine motorische Komponente enthalten. So hat speziell beim Beugereflex des Beines, wie er durch gleichseitige Ischiadicusreizung ausgelöst wird, gezeigt werden können, daß der Antagonist nicht völlig erschlafft ist. Die geringe motorische Erregung, die ihm also bei der Auslösung des Beugereflexes zufließt, wird nach Strychninvergiftung durch Irradiation sehr stark vermehrt und führt deshalb zur Aufhebung der Hemmung. Die Richtigkeit dieser Anschauung konnte an dem Gaumen-Kiefer-Reflex gezeigt werden. *E. Gellhorn* (Halle a. d. S.).

Uchida, S.: Fortgesetzte Untersuchungen über den Kohlehydratstoffwechsel des zentralen Nervensystems. III. Kohlehydrate und Glykogengehalt des zentralen Nervensystems bei normalen, narkotisierten und längere Zeit hindurch mit Bromnatrium behandelten Tieren. (*Physiol. Inst., Univ. Bern.*) Biochem. Zeitschr. Bd. **167**, H. 1/3, S. 9—20. 1926.

Im Anschluß an Untersuchungen von Takahashi (vgl. dies. Zentrlbl. **41**, 868) untersuchte Verf. den Kohlehydratgehalt des Gehirns bei verschiedenen Arten der Narkose. Er fand: Narkose mit Äther, Chloroform und Urethan führt zu einer merklichen Herabsetzung des Glykogengehalts des Gehirns. Bei andauernder Bromnatriumzufuhr kommt es nur zu einer geringfügigen Abnahme des Gehirnglykogens, die auf den schlechten Allgemeinzustand der Tiere zu beziehen ist. Das Morphium nimmt eine Mittelstellung ein. Verf. führt die Abnahme des Glykogens auf den Excitationszustand bei der Narkose zurück, da Takahashi gefunden hat, daß das Glykogen vorwiegend in Erregungszuständen abnimmt. Durch die tiefe Narkose wird dann der Ersatz gehindert. *Erich Guttmann* (München).

Kolle, W.: Experimentelle Studien über Syphilis- und Recurrens-Spirochätose. I. Über biologische Unterschiede verschiedener Syphilisstämme, Infektionsimmunität und wahre Immunität bei Syphilis. (*Georg Speyer-Haus u. Staats-Inst. f. exp. Therapie, Frankfurt a. M.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **52**, Nr. 1, S. 11—13. 1926.

Infiziert man ein luisches Kaninchen erneut mit Spirochäten des gleichen Stammes, so haftet die Infektion nicht. Infiziert man hingegen ein vorher mit Truffistamm behandeltes Kaninchen mit dem Nicholsstamm, so haftet die Infektion. Eine solche erneute Infektion gelingt allemal dann, wenn das Virus anderer Herkunft ist. Es besteht somit keine wechselseitige Infektionsimmunität zwischen verschiedenen Stämmen. Im Gegensatz zum Tier besitzt der Mensch eine Panimmunität, solange er syphilitisch infiziert ist, gegen Infektionen mit Syphilisvirus, von dem biologisch differente Varietäten vorkommen. Nach allem verhält sich der Mensch immunbiologisch völlig anders als das experimentell syphilitisch infizierte Kaninchen. So weist auch der durch Salvarsan sterilisierte, von seiner Lues geheilte Mensch eine echte, aktive Immunität auf, die sich auf homologe wie heterologe Stämme erstreckt. *Pette* (Hamburg).

Remlinger, P., et J. Bailly: Action des mélanges de virus rabique et herpétique. (Mischimpfung von Wut- und Herpesvirus.) (*Inst. Pasteur, Tanger.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 37, S. 1486—1488. 1925.

Verff. haben ein Gemisch von Tollwut- und Herpesvirus auf Kaninchen und Katzen cerebral verimpft. Dabei zeigte sich, daß die Kaninchen am 3. oder 4. Tage an typischer Herpesencephalitis erkrankten, während die Katzen, die an sich wenig empfindlich gegen das Herpesvirus sind, am 8.—10. Tage lyssakrank wurden. Nach mehreren Passagen erkrankten schließlich auch einige der geimpften Kaninchen an Lyssa. Verff. nehmen zur Erklärung an, daß beide Vira sich im Tierorganismus entwickeln, wobei das

Digitized by Google

eine Virus das andere in der Entwicklung begünstigt. Zwischen den beiden Virusarten besteht demnach kein Antagonismus. *Pette* (Hamburg).

Bender, Lauretta: Spontaneous central nervous system lesions in the laboratory rabbit. (Spontane Läsionen des Zentralnervensystems bei Laboratoriumskaninchen.) (*State psychopathic hosp., Iowa City.*) Americ. journ. of pathol. Bd. **1**, Nr. 6, S. 653 bis 656. 1925.

Bei 40 Kaninchen, die zum Teil zu verschiedenartigen Experimenten benutzt waren, zum Teil nicht, fanden sich nur 3 mal keinerlei Hirnveränderungen; in allen übrigen waren solche vorhanden von leichter Lymphocytenvermehrung in der Pia bis zu ausgeprägter Meningitis und „Perivasculitis" mit und ohne herdförmige Hirnveränderungen. Ein Zusammenhang mit den jeweilig angestellten Experimenten bestand nicht, dagegen waren gewisse Beziehungen zu gleichzeitig vorhandenen Infektionen der oberen Luftwege nachweisbar. Die Schilderung des histologischen Hirnbefunds entspricht dem anderweitig Bekannten. In der Leber fand sich Vermehrung der Lymphocyten in den Dreiecken, in den Nieren interstitielle Lymphocytenherde, einmal ein kleines Granulom wie im Gehirn, in der Milz sehr viele Eosinophile. Der Schluß des Verf. lautet: „Es ist klar, daß derartig ausgedehnte und häufige Läsionen das Kaninchen für die meisten Experimente am Zentralnervensystem unbrauchbar machen". *Fr. Wohlwill.*

Kollert, V., und E. John: Über die Aufhebung der idiomuskulären Übererregbarkeit. Beitrag zur Wirkung von Traubenzucker und Insulin auf die Muskeltätigkeit. (*II. med. Univ.-Klin., Wien.*) Wien. Arch. f. inn. Med. Bd. **11**, H. 2, S. 267—280. 1925.

Die pathologisch gesteigerte idiomuskuläre Kontraktionsfähigkeit menschlicher Muskeln auf mechanischen Reiz wird durch intravenöse Injektion von 10—20 ccm 40—50 proz. Dextroselösung stark herabgesetzt oder ganz beseitigt. Gleichzeitige Injektion von Insulin steigert diese Fähigkeit der Glucosezufuhr. Lävuloselösungen sind längst nicht so wirksam wie Glucoselösungen und hypertonische NaCl-Lösung ist ganz unwirksam. Wasserverschiebungen im Blut sowie eine „Protoplasmaaktivierung" scheinen bei der Reaktion nicht maßgebend beteiligt zu sein. Phosphatinjektion (ca. 3 proz. Lösung) war wirksam, aber weniger kräftig wie Dextrose. Verff. glauben annehmen zu dürfen, daß die idiomuskuläre Übererregbarkeit mit einem Versagen des Kohlenhydratumsatzes im Muskel zusammenhängt. *Riesser* (Greifswald).

Tsubura, Shiro: Studies on the physiology of plain muscle. III. Comparison of the reducing properties of plain and striated muscle. (Untersuchungen zur Physiologie glatter Muskeln. III. Vergleich der reduzierenden Fähigkeit von glatten und quergestreiften Muskeln.) (*Harvey physiol. laborat., St. Bartholomews med. coll., London.*) Biochem. journ. Bd. **19**, Nr. 3, S. 397—403. 1925.

Die Versuche sind an verschiedenen glatten und quergestreiften Muskeln sowohl von Warm- als von Kaltblütern ausgeführt und zwar 1. mit der Methylenblaumethode von Thunberg, 2. mit dem Verfahren von Lipschitz mittels m-Dinitrobenzol. Methylenblau wird von überlebenden glatten Muskeln um durchschnittlich 3 mal weniger reduziert als von quergestreiften. Mit Wasser extrahiert, verlieren auch glatte Muskeln ihre Reduktionsfähigkeit, gewinnen sie aber wieder, nicht nur durch Zusatz des Extraktes, sondern ebenso durch Bernsteinsäure, wie bei den Skelettmuskeln bekannt. Die optimale Reaktion liegt bei den Skelettmuskeln bei p_H 10,5, bei glatten zwischen 9,0 und 10,0, in Phosphat; in Boratlösungen sind die Werte resp. 8,8 und 8,0. Die optimale Temperatur liegt für beide Muskelarten bei 50°. KCN beschleunigt die Reduktion merklich. Dieselben Säuren, die nach Thunberg die Atmung gewaschener Skelettmuskeln aktivieren, tun dies auch bei glatten Muskeln. Bei Anwendung der Dinitrobenzolmethode von Lipschitz reduzieren glatte Muskeln stärker als quergestreifte und vor allem länger; besonders bei Warmblütermuskeln ist dieser Unterschied auffällig. Verf. glaubt, daß das durch Reduktion gebildete Nitrophenylhydroxylamin die Atmung der Skelettmuskeln stärker schädige als die der glatten. $^4/_{100}$ n-KCN hemmte die Reduktion nicht. Auch die Muskelextrakte reduzieren, die der glatten wiederum stärker. Extrakt glatter Muskeln stellt die Atmung ausgewaschener glatter Muskeln gut wieder her, die der Skelettmuskeln sehr viel schlechter. In den Extrakten ist Glutathion durch die Nitroprussidreaktion nachweisbar, mehr in denen der glatten als in den Extrakten der Skelettmuskeln. Der Glutathiongehalt ist für die Reduktionskraft der Muskeln zwar bestimmend, aber nicht allein maßgebend, da das Erhitzen der Extrakte auf 65° während 30 Min. in

Digitized by Google

schwach saurer Lösung einen erheblichen Teil der Reduktionsfähigkeit aufhebt, den Glutathiongehalt aber nicht im gleichen Maße verändert. Verf. schließt aus seinen Versuchsergebnissen, daß, da der Unterschied der beiden Muskelarten hinsichtlich der Reduktionsfähigkeit nur quantitativer Art ist, die Natur der intermediären Stoffwechselprozesse in glatten und quergestreiften Muskelarten grundsätzlich dieselbe sei. (II. vgl. dies. Zentrlbl. **36**, 138 [Evans].)
Riesser (Greifswald)°°

Locatelli, Piera: Sulla rigenerazione del tessuto muscolare striato. (Über die Regeneration quergestreiften Muskelgewebes.) (*Istit. di patol. gen., univ., Pavia.*) Arch. per le scienze med. Bd. **47**, Nr. 5, S. 286—293. 1925.

Verletzungen quergestreifter Muskeln werden beim Hunde und Kaninchen größtenteils vollständig durch neugebildetes Muskelgewebe ersetzt. Zuerst bildet sich ein Granulationsgewebe mit spindelförmigen Elementen, die aus den verletzten Muskelfasern stammen. Diese Elemente verlieren den Zusammenhang mit ihrem Ursprungsgewebe und bilden sich zu wirklichen Sarkoblasten um, die sich durch Karyokinese vermehren. Aus diesen entstehen dann, wie in der Embryonalperiode, die neuen Muskelfasern. *Wachholder* (Breslau).

Milone, Sebastiano: Sull'atrofia dei muscoli volontari in seguito all'interruzione temporanea e a quella definitiva dell'innervazione. (Über die Atrophie der willkürlichen Muskeln nach temporärer und definitiver Unterbrechung der Innervation.) (*Istit. di patol. gen., univ., Torino.*) Arch. per le scienze med. Bd. **47**, Nr. 5, S. 274—285. 1925.

Die histologischen Erscheinungen der Muskelatrophie nach temporärer Nervenschädigung (Quetschung) gleichen bis zum Beginn der Regeneration ganz denjenigen nach engültiger Nervenschädigung (Verschwinden der motorischen Endplatten, Eindringen cellulärer Elemente, zumal polymorphkerniger Leukocyten in die Umgebung der degenerierenden Nervenfasern, Vermehrung der Muskelkerne usw.). Tritt Regeneration ein, so nimmt mit dem Wiederauftreten der Erregbarkeit vom Nerven aus die Muskelmasse wieder zu. Erst treten vereinzelte unregelmäßig verteilte, große, motorische Endplatten auf, die allmählich zahlreicher und glichmäßiger verteilt werden. Die Zahl der Muskelkerne nimmt ab, und die eingedrungenen zelligen Elemente verschwinden. *Wachholder* (Breslau).°°

Fulton, John F.: The latent period of skeletal muscle. (Die Latenzperiode des Skelettmuskels.) (*Laborat. of physiol., univ., Oxford.*) Quart. journ. of exp. physiol. Bd. **15**, Nr. 3/4, S. 349—366. 1925.

Reizt man einen Froschgastrocnemius mit einem einzelnen Induktionsschlag vom Nerven aus bei 20° und erhaltener Zirkulation, so kontrahieren sich die einzelnen Muskelfasern synchron innerhalb $\pm$ 1 σ in ihrer ganzen Länge. Die Zuckung des ganzen Muskels ist also ein deutlicher Index für die Kontraktion der einzelnen Fasern. Die Latenzperiode der Verkürzung kann in vier Phasen geteilt werden, die am Gastrocnemius bei 20° folgende Charakteristica haben: 1. auf die Leitungszeit im Nerven entfällt bei 3 cm Länge 1 σ (Geschwindigkeit 30 m pro Sek.). 2. Die Verzögerung an der Endplatte beträgt 3 σ, nachdem zwischen dem Reiz und dem Muskelstrom ein Intervall von 4 σ beobachtet wurde. 3. Die wahre Latenzzeit (zwischen dem Beginn der elektrischen und der mechanischen Reaktion des Muskels beträgt 1,5—2 σ. 4. Eine Periode der Rigidität, die 1,5—2 σ nach dem Aktionsstrom einsetzt und 4—5 σ dauert. Erst nachher beginnt die eigentliche Verkürzung. Auf diese Periode der Rigidität ist die Diskrepanz zwischen der Latenzzeit, die nach der Verdickung des Muskels gemessen wird, und jener, die aus der Verkürzung bestimmt wird, zurückzuführen. — Die Dauer des Anstiegs des Aktionsstroms entspricht der „wahren Latenz" ebenso wie der absoluten Refraktärperiode. *E. Spiegel* (Wien).

Gasser, H. S., and Joseph Erlanger: The nature of conduction of an impulse in the relatively refractory period. (Das Wesen der Leitung einer Erregung in der relativen Refraktärperiode.) (*Dep. of pharmacol. a. physiol., Washington univ. school of med., St. Louis.*) Americ. journ. of physiol. Bd. **73**, Nr. 3, S. 613—635. 1925.

Am Ischiadicus des Frosches und am Phrenicus des Hundes wurde die Leitung des zweiten zweier kurz aufeinanderfolgender Reize studiert. Als Indicator dienten die Aktionsströme, registriert mit Hilfe einer Braunschen Röhre. Zwischen Warm- und Kaltblüternerv besteht weitgehende Übereinstimmung. Die zweite Erregung erfährt gegenüber der ersten eine Verzögerung. Diese ist umso größer, je länger das leitende Nervenstück und je kürzer das Intervall zwischen den beiden Reizen ist. Innerhalb

Digitized by Google

der ersten Zentimeter der durchlaufenen Nervenstrecke ist die Verzögerung am größten. Verwendet man als Reiz einen Induktionsschlag von kurzer Dauer, so entwickelt sich die zweite Erregung unter der Reizkathode ebenso schnell wie die erste, doch erreicht ihr Aktionsstrom nur ein niedrigeres Potential. Auch beginnt die Fortleitung der zweiten Erregung ebenso schnell wie die der ersten; es muß also die Verzögerung im Auftreten der Aktionsströme der zweiten Erregung in einer verminderten Leitungsgeschwindigkeit der zweiten Erregung gesucht werden. Fällt der zweite Reiz früh in die relative Refraktärperiode, so ist die entstehende Erregung nur klein, nimmt aber während der Fortleitung zu. Fällt der zweite Reiz später ein, so entsteht eine stärkere Erregung, deren Größe während der Fortleitung abnehmen oder anfänglich abnehmen, dann wieder ansteigen kann. Die Gründe hierfür werden diskutiert. Die beobachtete Verzögerung der zweiten Erregung tritt auch dann ein, wenn die beiden Reize auf verschiedene Stellen des Nerven appliziert werden. *Harry Schäffer* (Breslau).

Schulze, P.: Über den Einfluß querer elektrischer Durchströmung auf den Erregungsvorgang im markhaltigen Nerven. (*Physiol. Inst., Univ. Göttingen.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **211**, H. 1/2, S. 157—184. 1926.

Es wird nachzuweisen versucht, daß ein am Nerven angebrachter elektrischer Reiz in diesem Ionenverschiebungen hervorruft, die sich längs des Nerven fortpflanzen und mit dem Erregungszustand gekoppelt sind. Hierzu dienten Versuche mit querer Durchströmung des Nerven. Es kann nämlich gezeigt werden, daß Ionen, die sich in wässeriger Lösung unter dem Einfluß eines elektrischen Stromes in Wanderung befinden, durch einen Wechselstrom, der sie quer zu ihrer Wanderungsrichtung trifft, in ihrer Wanderung beeinträchtigt werden. Tatsächlich findet Verf., daß quere Durchströmung des Nerven durch einen Wechselstrom senkrecht zur Längsrichtung des Nerven peripher von der Reizstelle die Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Nervenerregung in einem Nervenmuskelpräparat verringert. Durch die Einwirkung eines konstanten Stromes unter sonst gleichen Versuchsbedingungen wird dagegen die Fortpflanzungsgeschwindigkeit erhöht. Narkoseversuche, kombiniert mit querer Durchströmung machen es wahrscheinlich, daß der konstante Strom hauptsächlich an den semipermeabeln Wandschichten des Nerven angreift. Es wird angenommen, daß die Ionenverschiebung, wie sie vielleicht an einem markhaltigen Nerven durch einen einmaligen kurzdauernden Reiz an der vom Reiz getroffenen Stelle hervorgerufen wird, nicht auf den Reizort beschränkt bleibt, sondern sich längs des Nerven fortpflanzt und als Bestandteil des Erregungsvorganges zu gelten hat. *E. A. Spiegel* (Wien).

Vogel, Paul: Die Bestimmung der Chronaxie am Nervmuskelpräparat des Frosches und ihr Verhalten während der Curarinvergiftung. (*Physiol. Inst., Univ. Leipzig.*) Zeitschr. f. Biol. Bd. **83**, H. 2, S. 147—160. 1925.

Im Gegensatz zu der klassischen Lehre, daß Curare weder den motorischen Nerven noch die contractile Substanz des Muskels beeinflußt, sondern in dem zwischen beiden liegenden Gebiete angreift, soll es nach Lapicque direkt auf die contractile Substanz wirken und deren Erregungsablauf verlangsamen; die Aufhebung der zeitlichen Übereinstimmung der Erregungsprozesse in Muskel und Nerv, der sog. Isochronie, habe das plötzliche Schwinden der indirekten Erregbarkeit zur Folge, die bis zu diesem Zeitpunkt unveränderlich bestehen bleibe. Da aber nach Beobachtungen Gildemeisters die durch die Hauptnutzzeit charakterisierte indirekte Erregbarkeit bei der Curarevergiftung abnimmt, so wurden zur Klärung dieses Widerspruchs Chronaxie- (Kennzeit)bestimmungen nach der Pendel- und nach der Kondensatormethode unter Verwendung von reinem Curarin vorgenommen. Die Nervmuskelpräparate von Rana esculenta wurden vor dem Versuch 1—3 Stunden in Ringerlösung aufbewahrt und später in eine 0,01 proz. Lösung von Curarin in Ringer gebracht, in der die indirekte Erregbarkeit nach 1—2 Stunden schwand. Die Chronaxiemessung erfolgte mit frisch elektrolytisch chlorierten Silberelektroden von 5 × 20 mm Größe bei 17 mm Abstand (bei Abstand unter 15 mm steigt die Rheobase und sinkt die Chronaxie). Werden Muskel und distalster Nerventeil in das Giftbad getaucht, während der übrige Nervenabschnitt mit der Reizstelle sich in der feuchten Kammer befindet, so bleibt die Chronaxie während der ganzen Dauer der Vergiftung konstant bis zum Verschwinden der indirekten Erregbarkeit; die Rheobase bleibt unverändert oder zeigt einen leichten Anstieg. Eine am Ende des Versuchs gelegentlich auftretende Verlängerung der Chronaxie bis auf das Zehnfache wird auf direkte Muskel-

Digitized by Google

reizung durch elektrotonische Stromschleifen bezogen. Im Gegensatz zu dieser ersten Versuchsreihe, die die Angaben von Lapicque bestätigte, wird bei Eintauchen des ganzen Präparats einschließlich der gereizten Nervenstelle die Chronaxie um 23—40% verlängert unter gleichzeitiger leichter Zunahme der Rheobase — im Einklang mit den erwähnten Beobachtungen Gildemeisters. Das Ergebnis dieser zweiten Versuchsreihe läßt — im Gegensatz zur klassischen Lehre — vermuten, daß bei dieser Anordnung die oberflächlichen motorischen Fasern des Nervenstammes durch Curare gelähmt werden, während die axialen Fasern von der Giftwirkung noch nicht betroffen sind. Unter diesen Umständen könnte die Verlängerung der Chronaxie der axialen Fasern u. a. auf einer polarisatorischen Doformation des ins Innere dringenden Reizstroms durch die (unerregbaren) Mantelfasern beruhen, da ein auf diese Weise verzögert anwachsender Reizstrom eine geringere Reizwirkung besitzt als ein rechteckiger Stromstoß. Zur experimentellen Prüfung dieser Annahme wurde die Chronaxie eines normalen Nervmuskelpräparats bei indirekter Reizung ermittelt, wenn der Nerv den Reizelektroden unmittelbar und wenn er ihnen durch Vermittlung einer Zwischenschicht auflag. Letztere bestand entweder aus lebendem oder aus totem (gekochtem) Nerven bzw. aus einem nassen Wollfaden. Der Vergleich zeigte, daß die Chronaxie durch Zwischenschieben eines toten Nerven oder eines gut durchfeuchteten Fadens nicht wesentlich verändert wird, während das Unterlegen eines lebenden Nerven sie merklich verlängerte. Die Versuche sprechen daher im Sinne der vorgetragenen Hypothese. Der durchschnittliche Wert der Chronaxie des Nervmuskelpräparats des Frosches betrug 0,45 σ (Grenzwerte 0,3 und 0,6 σ), sie war aber im einzelnen Versuch auch bei völliger Ruhe nicht ganz konstant, sondern schwankte um 0,04—0,08 σ. Diese Werte sind mit dem Pendel erhalten, während Lapicque für die Kondensationsmethode 0,3—0,33 σ angibt. Bei exakter Isolation findet Verf. mit der Kondensatormethode 0,33 bis 0,35 σ, wenn er den Lapicqueschen Faktor 0,37 zur Berechnung benutzt. Um die Werte des Pendelversuchs, die als einwandfrei gelten dürfen, zu erhalten, müßte der Faktor 0,51 betragen. Der Grund für die Abweichung des Lapicqueschen Faktors ist nicht mit Sicherheit anzugeben. Rein theoretische Erwägungen lassen zwischen den beiden Faktoren nicht entscheiden. *H. Rosenberg* (Berlin).°°

Gildemeister, Martin: Zur Theorie der isolierten Nervenleitung. (*Physiol. Inst., Univ. Leipzig.*) Zeitschr. f. Biol. Bd. 83, H. 2, S. 145—146. 1925.

Die bei der Erregung einer Nervenfaser auftretenden Aktionsströme wirken auf benachbarte Fasern aus zwei Gründen nicht ein. Erstens sind die einzelnen Nervenfasern verhältnismäßig gut isoliert, zweitens aber setzen sie die Wirkung elektrischer Stromstöße durch eine polarisatorische Gegenspannung herab, die um so bedeutungsvoller ist, als die verminderte Wirksamkeit des Reizes unter den erwähnten Bedingungen nicht durch eine Verlängerung der Nutzzeit ausgeglichen werden kann. Experimentelle Beweise für die Richtigkeit dieser theoretischen Überlegung finden sich in der Arbeit von Vogel (vgl. vorstehendes Referat). *E. Gellhorn* (Halle).

Langelaan, J. W.: Über Muskeltonus und Sehnenreflexe. (*Laborat. v. physiol., embryol. en histol., univ., Utrecht.*) Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 2. Hälfte, Nr. 11, S. 1223—1237. 1925. (Holländisch.)

Verf. gibt eine Übersicht seiner Untersuchungen während der letzten 10 Jahre. Tonus, wie er klinisch zur Beobachtung kommt, ist aufgebaut aus 2 Komponenten, contractilem und plastischem Tonus, welche teilweise voneinander unabhängig sind. Beide Tonusformen beruhen auf einem medullären Reflexmechanismus. Der afferente Teil ist bei diesen beiden Reflexketten gemeinschaftlich. Der efferente Teil der Reflexkette, auf welcher der contractile Tonus beruht, wird durch das spinale motorische Neuron geformt, dessen Zelle im vorderen Horn des Rückenmarks liegt; der efferente Reflexkettenteil, auf welchem der plastische Tonus beruht, wird durch das spinale sympathische Neuron geformt, dessen Zelle im Seitenhorn des Rückenmarks liegt. Ein Schema, dem die Strukturverhältnisse im Rückenmark zugrunde liegen, veranschaulicht den Zusammenhang zwischen diesen beiden Reflexketten. Contractiler Tonus ist die Folge von einem Adaptationsreflex, mittels dessen die Länge eines Muskels sich jeden Augenblick reflektorisch der bestehenden Spannung anpaßt. Es ist also derjenige Mechanismus, durch welchen der Übergang von Stellung in Bewegung sowie die Handhabung einer aktiven Haltung bewerkstelligt wird. Die Kontraktion selbst ist, was ihre Art anbelangt, eine schwache, ungeordnete Kontraktion. Plastischer Tonus ist derjenige Zustand eines Muskels, in welchem dieser sich wie ein formbarer plastischer Körper verhält. Derselbe Impuls, welcher den motorischen

Digitized by Google

Adaptationsreflex auslöst, verursacht gleichzeitig auch eine kurzdauernde Erhöhung der Plastizität des Muskels, dank welcher die Anpassung des Muskels an die bestehenden Verhältnisse schneller und vollständiger erfolgt. Die primäre Erscheinung, welche unter dem Einfluß der sympathischen Innervation steht, ist die Gewebsspannung im Muskel, von welcher der Grad der Plastizität abhängig ist. Reize erhöhen die Gewebsspannung, während dieselbe durch Durchschneidung des sympathischen Muskelnerven stark vermindert oder aufgehoben wird. Der contractile Mechanismus des Muskels ist unabhängig vom sympathischen Mechanismus. Das Fehlen der Gewebespannung äußert sich nur in geringen Veränderungen in der Modalität der Muskelkontraktion. Bei morphologischer Untersuchung gewinnt man die Vorstellung, daß der Muskel aufgebaut ist aus sich kreuzenden, hyaloplasmatischen Lamellensystemen, welche rhombischen Formen ähnliche, mit Endoplasma gefüllte Raumelemente umschließen. Das periterminale Netzwerk von Boeke, welches die Endigungen der motorischen und sympathischen Nerven mit dem contractilen Teil der Muskelfasern verbindet, ist dasselbe Bild in zweidimensionaler Gestalt, welches die hyaloplasmatischen Lamellen des Sarkoplasma in dreidimensional darstellen. Der hyaloplasmatische Teil des Sarkoplasmas verbindet also die Endigungen der Nerven mit dem contractilen Teil der Fasern, wodurch das Sarkoplasma eine wichtige Rolle spielt bei der Fortpflanzung der Reize durch die Muskelfasern. Einige Experimente weisen darauf hin, daß der funktionelle Zustand des Sarkoplasmas sympathisch bestimmt wird, so daß auf diese Weise die sympathischen Fasern indirekt einen Einfluß ausüben auf die Form der Kontraktion. *A. de Kleijn* (Utrecht).°°

Hunter, John I.: The relationship of the sympathetic innervation to the tone of skeletal muscle. (Die Beziehung der sympathischen Innervation zum Tonus des Skelettmuskels.) Americ. journ. of the med. sciences Bd. **170**, Nr. 4, S. 469—480. 1925.

Der Annahme einer Abhängigkeit des Muskeltonus vom sympathischen Nervensystem stand bis jetzt im wesentlichen entgegen, daß mehrere Beobachter keinen Einfluß der Sympathektomie auf die Enthirnungsstarre feststellen konnten. Diese Mißerfolge beruhen nach Hunter lediglich auf Mängeln der Technik. H. operierte an der Ziege, weil hier die Durchschneidung der sympathischen Nerven einer hinteren Extremität ohne Schädigung derjenigen der anderen weit besser durchzuführen ist als bei der Katze. Besonderen Wert legt er darauf, daß zwischen der Durchschneidung der sympathischen Fasern und der Enthirnungsstarreoperation ein genügender zeitlicher Abstand besteht. Je größer dieser Abstand ist (in seinen Versuchen bis zu 2 Monaten), desto deutlicher zeigen sich folgende Unterschiede: Dreht man das Tier auf den Rücken, so geraten beide hinteren Extremitäten zunächst in eine gleich starke Streckstarre. Während jedoch die nicht operierte Extremität längere Zeit in dieser Streckstellung beharrt, sinkt die des Sympathicus beraubte Extremität nach kurzer Zeit, der Schwere folgend, nach unten. Der Sympathicus hat also nichts mit der Einnahme einer Stellung durch Muskelkontraktion zu tun (contractiler Tonus, Vestibularsystem), sondern dient der Aufrechterhaltung dieser Stellung (plastischer Tonus). In der Tat lassen sich die von Sherrington unter dem Namen des plastischen Tonus beschriebenen Verkürzungs- und Verlängerungsreaktionen nach Durchschneidung des Sympathicus nicht mehr nachweisen. Dieselben Erscheinungen des plastischen Tonus, Aufrechterhaltung der Streck- oder Beugestellung bei passiver Streckung oder Beugung des Knies wurden in mehreren Fällen von spastischer Paralyse und bei einer spastischen Paraplegie nach Schußverletzung des Cortex beobachtet. Auch hier verschwanden die Erscheinungen nach lumbaler sympathischer Ramisektion. Die Wirkung der Durchschneidung des Sympathicus kann nicht auf vasomotorische Änderungen zurückgeführt werden, da diese nach wenigen Tagen bis Wochen abklingen, der Verlust der Plastizität dagegen bis 12 Monate dauernd beobachtet wurde. Bezüglich der Einzelheiten sei auf das sehr lesenswerte, auch die neuere Literatur berücksichtigende Original verwiesen. *Wachholder* (Breslau).°°

Digitized by Google

Emery, F. E.: The effect of temperature upon the tonus of skeletal muscle. (Der Einfluß der Temperatur auf den Tonus des Skelettmuskels.) (*Physiol. laborat., univ. of Illinois, Urbana.*) Americ. journ. of physiol. Bd. **73**, Nr. 2, S. 296—303. 1925.

Die Höhe des Patellarreflexes bildet nach Ansicht des Verf. einen Maßstab für den Grad der tonischen Innervation der Skelettmuskulatur. Um schroffe Temperaturänderungen zu erreichen, wurde in kalten Winternächten in einem kleinen Raum gearbeitet. Ein Absinken der Temperatur war mit Erhöhung des Patellarreflexes verbunden, ein Ansteigen mit einer Verminderung. Dabei waren die ersten 4—8 Grad F der Temperaturveränderung mit den größten Änderungen in der Höhe des Patellarreflexes verbunden. Durch Zugluft wird der Einfluß der Temperaturänderung verstärkt. *Simson* (Greifswald).°°

Klotz, Lothar: Über Härte der Froschmuskeln bei Veränderungen der Zusammensetzung der Ringerlösung. (*Pharmakol. Inst., Univ. Halle-Wittenberg.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **48**, H. 3/5, S. 342—355. 1926.

Ein erregbarer Froschmuskel zeigt bei schwacher Belastung eine Zu-, bei starker Belastung eine Abnahme der sklerometrischen Eindrückbarkeit. Die Muskelhärte bleibt in isotonischer Ringerlösung konstant, solange der Muskel erregbar bleibt. Bei eingetretener Unerregbarkeit wird der Muskel härter. Auch in hyper- und hypotonischer Ringerlösung nimmt nach Verlust der Erregbarkeit die Muskelhärte zu. Doppelter Kalium- oder Calciumgehalt der Ringerlösung verändert die Muskelhärte nicht. Die Veränderungen der Muskelhärte in verschiedenen anderen Salzlösungen sind nicht einheitlich und müssen im Original nachgelesen werden. *Erich Guttmann* (München).

Klotz, Lothar: Über Härteveränderungen des Froschgastrocnemius bei Einwirkung verschiedener Substanzen. (*Pharmakol. Inst., Univ. Halle-Wittenberg.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **48**, H. 3/5, S. 612—624. 1926.

Aus den Versuchen des Verf. ergibt sich, daß Coffein, Chinin und Strophantin auch bei gut erhaltener Erregbarkeit eine Verhärtung des belasteten Muskels hervorrufen, während Cholin, Pilocarpin und Adrenalin sowie Curare die Härte nicht verändern, d. h. nur solche Substanzen rufen eine Härtezunahme hervor, die ihren Angriffspunkt unmittelbar in der Muskelfaser besitzen, während die vegetativen Reizgifte, die an den nervösen Elementen angreifen, die Härte des Muskels nicht beeinflussen. Daraus geht hervor, daß die in den Untersuchungen des Verf. angewandte sklerometrische Untersuchung keine Schlußfolgerung auf den vom Nervensystem abhängigen Tonuszustand zuläßt. *Erich Guttmann* (München).

Castro, Aloysio de: Le réflexe cutané du menton. (Der Hautreflex des Kinnes.) (*Clin. méd., fac. de méd., Rio de Janeiro.*) Rev. neurol. Jg. **33**, Bd. **1**, Nr. **1**, S. 15 bis 16. 1926.

Marinesco und Radovici beschrieben im Jahre 1920 den Palmar-Kinnreflex: Hautreizung der Handfläche kann von einer Kontraktion der Kinnmuskeln gefolgt sein. Der Reflex zeige sich bei Gesunden, er sei aber viel deutlicher bei Läsionen der motorischen Bahn. Demgegenüber fand de Castro diesen Reflex bei Gesunden nur selten, der Reflex schwächt sich nach mehreren aufeinanderfolgenden Reizungen ab. Der Reflex de Castros besteht nun in folgendem: Reizt man mit einer Nadel die Haut der Kinngegend selbst, so sieht man gleichfalls, und zwar bei Affektionen der Pyramidenbahn, allerdings seltener als den Marinesco-Radovicischen Reflex, eine Kontraktion der Kinnmuskulatur. Diesen Reflex nennt Verf. den „lokalen Hautreflex des Kinnes". In einem Falle von Hirnapoplexie mit Hemiplegia dextra (die Autopsie ergab eine große Blutung im Linsenkern) zeigten sich sehr deutlich der Palmar-Kinnreflex und der lokale Hautreflex des Kinnes 2 Stunden nach dem Anfall. Vor letzterem bot Pat. nicht den Palmar-Kinnreflex. *Kurt Mendel.*

Pachon, V., et C. Petiteau: Du siège de la sensibilité tensionnelle dans la production des réflexes tendineux. (Der Sitz der Spannungsempfindungen bei der Bildung von Sehnenreflexen). (*Laborat. de physiol., fac. de méd., Bordeaux.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **92**, Nr. 17, S. 1380—1381. 1925.

In einer früheren Untersuchung war gezeigt worden, daß die Reflexerregbarkeit

Digitized by Google

bei den Sehnenreflexen von der Muskelspannung abhängig ist. Wird nun die Aponeurose des Muskels durchschnitten, so daß der Zug an der Sehne sich nur auf die Muskelfasern übertragen kann, so bleibt die Reflexzuckung aus. Hieraus folgt, daß der periphere Sitz der Spannungsempfindungen in der Aponeurose und nicht in den Muskelfasern selbst gelegen ist. *E. Gellhorn* (Halle a. S.).

Pereira, J. R.: Physiological studies on the patellar reflex. I. The patellometer. (Physiologische Studien über den Patellarreflex. I. Das Patellometer.) (*Dep. of physiol., univ. coll., London.*) Brain Bd. 48, Nr. 2, S. 255—258. 1925.

Bei der Diskussion der Reflexnatur des Kniesehnenphänomens ist die Dauer der Latenzperiode von wesentlicher Bedeutung. Bisher wurden, auch bei Registrierung des Muskelaktionsstromes, wechselnde Werte gefunden. Da die Latenz der Reflexe mit der Reizstärke schwanken und die Reizschwelle des Kniesehnenphänomens von der Anfangsspannung der Extensoren abhängen soll, hat Verf. einen Apparat konstruiert, um eine Schwellenreizung unter konstanten Bedingungen zu ermöglichen. Das Patellometer besteht aus einem verstellbaren Metallbügel, auf dem der Oberschenkel der Versuchsperson in reproduzierbarer Lage ruht, während der Unterschenkel frei herabhängt. Derselbe Rahmen trägt einen pendelartigen Hammer, der an einer halbkreisförmigen Skala entlang fällt. Der Hammer kann in beliebiger Höhe elektromagnetisch festgehalten und losgelassen werden und trifft beim Winkel 0° die Haut über der Patellarsehne. Man kann also durch Veränderung der Fallhöhe den Minimalreiz bei gleicher Anfangsspannung ermitteln. Sein absoluter Wert ergibt sich bei Vernachlässigung der Reibung für 153 g Hammergewicht, 20 cm Pendellänge und beispielsweise 30° Neigung gegen die Vertikale zu 402 000 Erg. 100 000 Erg bezeichnet Verf. als ein Patellerg mit φ bezeichnet) und gibt an dem Kreisbogen neben den Graden die zugehörigen Einheiten (also bei 30° 4,02 φ) an, so daß die benötigte Reizstärke unmittelbar abgelesen werden kann. *H. Rosenberg* (Berlin).°°

Gordon, Alfred: Sur la valeur clinique du réflexe paradoxal. (Réponse à M. Goldflam.) (Über den klinischen Wert des paradoxalen Reflexes [Erwiderung an Goldflam].) Rev. neurol. Jg. 33, Bd. 1, Nr. 1, S. 11—14. 1926.

Goldflam (vgl. dies. Zentrlbl. 42, 27) hatte behauptet, der Gordonsche Reflex (Extension der großen Zehe bei Druck auf die Wadenmuskulatur) sei nur eine Abwehrbewegung, kein Reflex, und lediglich bedingt durch den Schmerz, den Druck auf die Wade erzeugt. Demgegenüber zeigt Gordon, daß der Wadendruck durchaus nicht schmerzhaft zu sein brauche, daß vielmehr schon ein Seitwärtsschieben der Wadenmuskulatur genüge, um die Großzehenstreckung zu erhalten. Auch bei Komatösen findet sich der Reflex, desgleichen bei Epileptikern während und nach dem Anfall, während er in der Intervallärzeit fehlte. Bei progressiver Paralyse ist der Babinskische Reflex selten, der Gordonsche Reflex aber häufig, nicht selten mit gleichzeitiger Steigerung des gleichseitigen Patellarreflexes. Der Gordonsche Reflex zeigt einen leichten oder mäßigen pathologischen Zustand des motorischen Zerebrospinalsystems an. Er ist oft gerade im Beginn des organischen Nervenleidens, z. B. bei multipler Sklerose und Lues cerebrospinalis, nachweisbar und hat dann prognostischen und therapeutischen Wert. *Kurt Mendel.*

Russetzki, Joseph: Etudes cliniques sur les signes pyramidaux. (Klinische Studien über die Pyramidenzeichen.) (*Clin. des maladies nerv., inst. d'état, Kazan.*) Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. 98, Nr. 74, S. 1203—1205. 1925.

Das Rezeptionsgebiet des Extensionsreflexes der großen Zehe ist bei Läsionen der inneren Kapsel und des Rückenmarkes von verschiedener Ausdehnung. Bei den Paraplegien spinalen Ursprungs (Spondylitis, Myelitis, Meningomyelitis, Sklerosis multiplex) erstreckt sich die reflexogene Zone in 80% der Fälle auf die Segmente L_2 bis S_2. Im Gegensatz dazu bleibt bei Läsionen der inneren Kapsel die reflexogene Zone in 80% der Fälle ausschließlich auf die Sakralsegmente beschränkt. 20% der Hemiplegien mit thalamischen Symptomen zeigten eine Erweiterung der reflexogenen Zone auf die gesamte Körperoberfläche. Neben der Fußsohle eignet sich besonders gut die Hautoberfläche in der Gegend der Achillessehne zur Auslösung des Extensionsreflexes. Gelegentlich bekommt man von dort bzw. vom Fußrücken aus einen Reflex, den man von der Sohle her nicht erzielen konnte. — Den pathologischen Zehenbeuge-

Digitized by Google

reflex findet man bei cerebraler Hemiplegie in 30%, bei spinaler Paraplegie in 20% der Fälle. Der gekreuzte Zehenbeugereflex ist bei der Hemiplegie viel konstanter als bei der Paraplegie. Der Sohlenreflex bei der cerebralen Hemiplegie ist nur in 10% der Fälle von Beugebewegungen des Beines oder des Armes begleitet, dagegen sieht man bei spinaler Paraplegie in etwa der Hälfte aller Fälle auch eine Beinbewegung. — Wenn man auf die Fußsohle einen Dauerreiz wirken läßt, d. h. wenn man sie 1—2 Min. lang mit einer Nadel oder einem Hammerstiel bestreicht, so erhält man einen pronlogierten Extensionsreflex der großen Zehe oder kurz einen „Babinski-Tetanus". Dieser Babinski-Tetanus dauert bei der cerebralen Hemiplegie im Mittel 21 Sek., bei der Paraplegie 1 Min. 52 Sek. Dem ersten Auftreten des Babinski-Tetanus folgt ein Refraktärstadium, bei dem die Extension der Zehe verschwindet, dann beginnt der zweite Babinski-Tetanus usw. Zwei Typen lassen sich dabei unterscheiden: Die 1. Gruppe vereinigt die Fälle mit kurzem, 4—8 Sek. dauerndem Refraktärstadium und oft erneuertem Babinski-Tetanus; die 2. Gruppe umfaßt die Fälle mit sehr schnell auftretendem und mehr als 30 Sek. dauerndem Refraktärstadium. 80% der Fälle von spastischer spinaler Paraplegie gehören zur 1. Gruppe, 80% der cerebralen Hemiplegien fallen in die 2. Gruppe. Die Fälle mit Thalamusschädigung nehmen, ähnlich wie in einem weiter oben beschriebenen Versuch, auch hier eine Sonderstellung ein und reagieren etwa wie die spinalen Paraplegien. Die offenbar für einen bestimmten Erregbarkeitszustand der motorischen Vorderhornzellen sprechenden Ergebnisse lassen sich jeweils zahlenmäßig festlegen nach der Formel: Koeffizient der spinalen Erregbarkeit $= \frac{\text{Babinski-Tetanus}}{\text{Refraktärstadium}}$. — Verf. beschreibt schließlich einige Versuche, um einen zweifelhaften oder fehlenden Babinskireflex zu sensibilisieren. Man löst zunächst den Babinski-Tetanus aus, läßt ihn wieder verschwinden, setzt dann das Reiben der Fußsohle fort und fügt schließlich einen neuen kurzen Reiz hinzu, indem man einen umschriebenen Teil der Fußsohle mit einer Nadel bestreicht. Man erzielt auf diese Weise ein Positivwerden des vorher negativen Babinski bzw. bei vorher unsicherem Ergebnis eine Verstärkung der Reaktion, außerdem eine Vergrößerung der reflexogenen Zone. Weniger gute Resultate ergibt die Sensibilisierung durch einen galvanischen Strom von 10 MA., den man unter 10maligem Stromwenden auf die Fußsohle einwirken läßt. Die deutlichsten Ergebnisse sieht man bei Kombination der beiden Methoden. — Eine Nachprüfung der interessanten Phänomene an großem Material scheint Ref. empfehlenswert. *Hans Taterka* (Berlin).

Astvazaturov: Über das biologische Wesen des Rossolimoschen Symptoms. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 300—303. 1925. (Russisch.)

In einer Reihe sehr interessanter Arbeiten hat Astvazaturov, der Schüler und Nachfolger Bechterews, in der militär-medizinischen Akademie zu Leningrad, schon mehrmals den Versuch gemacht, die klinischen Symptome bei Erkrankung des Zentralnervensystems und in erster Linie die pathologischen Reflexe vom Standpunkt der Evolutionstheorie zu analysieren. Die Hirnrinde bildet — in der Phylogenese und in der Ontogenese — den jüngsten Apparat des Zentralnervensystems. Sie steht also nicht nur im Dienste der neuen ihr zuteil gewordenen Funktionen, sondern hemmt auch die auf dem Wege der Evolution automatisch gewordenen Funktionen der tiefer liegenden und philogenetisch älteren Abschnitte des Nervensystems, so daß diese letzteren latent werden. Bei einer Störung der Rinde kommt — zugleich mit dem Ausfall ihrer Funktion — die bis dahin latente automatische Tätigkeit dieser — im Vergleich mit der Rinde — älteren Teile des Zentralnervensystems zum Vorschein. Zur Bezeichnung dieses regressiven Vorgangs benützt der Verf. schon im Jahre 1884 von H. Jackson eingeführten Ausdruck — Dissolution des Nervensystems. Von diesem Standpunkte aus muß das Rossolimosche Zeichen — der Form der Zehenbewegung nach — als ein Greifen aufgefaßt werden, und die äußere Ähnlichkeit dieses pathologischen Zehenreflexes mit der Greifbewegung hat einen tieferen biologischen Sinn, denn dieses

Digitized by Google

Phänomen wird nicht nur bei Erkrankung der Pyramide der Erwachsenen, sondern auch bei normalen Kindern beobachtet, solange sie noch nicht zu gehen gelernt haben. Später, gehemmt durch die Rinde, wird diese Greiffähigkeit des Fußes latent. Dieser allmähliche Übergang von der Greiffunktion zur statischen Funktion kann auch im Prozeß der philogenetischen Evolution mit voller Klarheit verfolgt werden. Bei manchen niederen Rassen sind auch jetzt Rudimente dieser Greiffähigkeit des Fußes festzustellen. In Fällen einer Erkrankung des Cortex oder der Pyramidenbahnen, beim Ausfall der Funktion der Rinde, wird die Greiffähigkeit der Zehen wieder manifest. Das Rossolimosche Zeichen, das in einer reflektorischen plantaren Flexion der 2. bis 5. Zehe besteht, ist also nichts anderes als das Manifestwerden der Greiftendenz des Fußes, die beim normalen Menschen latent bleibt. *L. Arinstein* (Charlottenburg).

Rouquier, A., et D. Couretas: Contribution à l'étude des clonus du pied. Clonus du pied d'origine pallidale et clonus pyramidal. Caractères distinctifs. Absence d'inhibition du premier par le réflexe de défense à point de départ cutané; coexistence des réflexes toniques de posture. (Beitrag zum Studium des Fußklonus. Fußklonus pallidalen Ursprungs und Pyramidenklonus. Unterschied zwischen beiden. Fehlen von Hemmung des ersteren durch den Abwehrreflex kutanen Ursprungs; Zusammenvorkommen der tonischen Stellreflexe.) Rev. neurol. Jg. 33, Bd. 1, Nr. 1, S. 17—23. 1926.

Der Fußklonus ist ziemlich selten beim Parkinsonismus. Zuweilen ist er Folge einer Pyramidenläsion, die mit der Pallidumläsion vergesellschaftet ist. Der Fußklonus pyramidalen Ursprungs unterscheidet sich zumeist von demjenigen pallidärer Genese: ersterer ist der „wahre Klonus", regelmäßig, unabhängig von jeder willkürlichen Kontraktion der Wadenmuskulatur, nur hervorgerufen durch die Kontraktion des Soleus; der „falsche" Fußklonus (bei funktionellen Erkrankungen) ist hingegen hervorgerufen durch die Kontraktion der Gemelli und des Soleus, er schwindet bei Bauchlage, die Schwingungen sind weniger zahlreich, von schwächerer Amplitüde, unregelmäßig, er kann zuweilen willkürlich erzeugt werden. Der Klonus pallidären oder pallidostriären Ursprungs ist ebenso regelmäßig wie der Pyramidenklonus, seine Schwingungen sind von großer Amplitüde, er ist unerschöpflich, bleibt bei Bauchlage bestehen, die Gemelli sind nicht beteiligt, er kann aber zum Unterschied vom Pyramidenklonus durch die willkürliche Muskelkontraktion hervorgerufen werden. Er ist ferner vergesellschaftet mit einer deutlichen Steigerung der Stellreflexe und wird durch Skopolamin beeinflußt (was beim Pyramidenklonus nicht der Fall), indem $^1/_2$ mg Scopolamin den Klonus augenblicklich verschwinden läßt. *Kurt Mendel.*

Psychologie und allgemeine Psychopathologie.

● **Driesch, Hans: Grundprobleme der Psychologie. Ihre Krisis in der Gegenwart.** Leipzig: Emmanuel Reinicke 1926. IX, 249 S. RM. 9.50.

Aus Vorlesungen in Peking, Nanking, Tokyo und den Vereinigten Staaten hervorgegangen, wendet sich dieses Buch an ein allgemeines Publikum und hat die Absicht, einem solchen darzustellen, wie die moderne Psychologie im Gegensatz zur alten aussieht, und was sie dem Gebildeten und was sie den anderen Wissenschaften, insbesondere der Geschichte und der Soziologie zu bieten hat. Zwar will und soll das Buch kein Lehrbuch sein, doch ordnet es alles nach dem Schema eines psychologischen Lehrbuchs, um für alles einen angemessenen Ort der Besprechung und Erwähnung vorzusehen. Die Art der Fragestellung ergibt sich aus Drieschs philosophischem System, und kein Kenner der wissenschaftlichen Entwicklung desselben wird von ihr überrascht sein können. Da nun das „Lehrbuchschema" des Werkes etwas rein Äußerliches ist, darf die Besprechung sich auf die Grundprobleme beschränken, ohne sich um die Anordnung zu kümmern: Der psychologische „Ursachverhalt" ist: „Ich habe bewußt Etwasse." Manche dieser „Etwasse" tragen Akzente an sich, welche bedeuten, daß sie bewußt gehabt-gewesen sind, den Akzent damals; als Reihe bedeuten sie die zeitliche Abfolge. Die Psychologie ist also „die Lehre von der Mannigfaltigkeit aller

Digitized by Google

Etwasse, welche ich bewußt haben kann, und von den Gesetzen, welche die Abfolge dieser mannigfaltigen Etwasse in der Zeit beherrschen" (S. 5). Gesetz heißt hierbei Ordnungstypus. Die moderne Psychologie hat die Herrschaft der Assoziationslehre überwunden und Sinn und Bedeutung in den Vordergrund gestellt; hierdurch hat sie (die Methodenfrage ist eine Sache für sich) jene neue Bedeutung gewonnen, von der oben die Rede war. Als seinen persönlichen Anteil an diesen Errungenschaften bezeichnet D. die Erkenntnis der Inaktivität des bewußten Ich und des schon genannten „Ursachverhaltes": „Ich habe bewußt etwas" als Ausgangspunkt von allem. Dahinter steht seine Ordnungslehre (S. 67). Das Ich ist inaktiv, es tut nicht, sondern es hat. Das Ich ist nicht dasselbe, was der Begriff „Seele" meint (S. 27). Die Seele kennt das Ich zunächst nur als „meine Seele". „Meine Seele" aber ist „ein Ordnungsbegriff, welcher eine gewisse Sphäre des Seins so ansieht, als ob sie unabhängig, d. h. nicht nur auf das Ich bezogen existierte" (S. 53). „Sie ist die unbewußte Grundlage meines Erlebens" (S. 56). Durch diese Satzung kommt, so meint D. (S. 54), Ordnung in die Gesamtheit meines Erlebens im Laufe der Zeit. In diesem Sinne ist meine Seele = „meine geordnete und ordnende, meine ganze ganzmachende Seele". Sie ist als ein dynamisches Prinzip zu betrachten, begabt mit einer besonderen Organisation, welche den von mir erlebten logischen Urbedeutungen oder Kategorien und den zwischen ihnen bestehenden Beziehungen entspricht (S. 57). Dem Verhältnis von Leib und Seele sind ausführliche Betrachtungen gewidmet, die, wie schließlich das ganze Buch, von der Entelechielehre, dem Mittelpunktsprinzip des D.schen Vitalismus, beherrscht sind. Von der Entelechie ist aber erst in den Schlußfolgerungen (S. 102) die Rede, während der Kenner ihr Walten schon auf den ersten Seiten des Buches als Voraussetzung zwischen den Zeilen erblickt. „Mein Leib" wird also von der Entelechie, „einem nichtmechanischen Faktor", beherrscht, und es gibt eine Wechselwirkung zwischen der Entelechie und der Materie meines Leibes und umgekehrt; sie spielt sich auf dem Boden der Natur ab, denn Entelechie ist ein Naturfaktor. Außerdem aber existieren hierzu 3 Parallelen: „zwischen dem Wirken meiner Entelechie, dem Wirken meiner Seele und, insofern gewisse Zustände meiner Seele in Frage kommen, meinem bewußten Erleben". D. selbst meint an dieser Stelle: „Das klingt sehr spitzfindig, aber die Logik ist ein sehr spitzfindiges Instrument." Es klingt nicht nur so! Denn die Entelechie taucht nun an verschiedenen weiteren Stellen in eigenartigen Positionen auf. Von Gehirn und Seele wird gesagt: „Gehirn und Seele (Entelechie) sind wie eine große Telephonstation mit ihrem Personal" (S. 103). Mit den parapsychologischen Phänomenen der Telekinese, Levitation und Materialisation kommt D. dadurch zuwege, daß er erklärt: „Diese Dinge sind ohne Zweifel Handlungen. Materialisationen sind keineswegs Schöpfungen aus dem Nichts. Denn Materie ist überall, und man braucht ja nur anzunehmen, daß sie geordnet wird, ebenso wie ein Maler oder Baumeister Materie ordnet. Die Hände werden freilich für dieses Ordnen nicht gebraucht. Was gebraucht wird, wissen wir nicht. Aber auch bei der normalen Formbildung wissen wir ja nicht, wie eigentlich die Entelechie wirkt. Die parapsychischen Phänomene stellen in der Tat nur einen erweiterten Vitalismus, gleichsam einen Übervitalismus dar" (S. 190). Entsprechend wird zum Freiheitsproblem Stellung genommen: „Freiheit kann nur sein, wo Subjekte sind. Subjekt ist der Ausgangspunkt ganzmachender Kausalität ... Empirisch gibt es Subjekte als ‚Zentren' der organischen Individuen, und zwar nicht nur im Hinblick auf ihre sog. ‚bewußten' Akte, sondern auch im Hinblick auf alles, was an ihnen ‚unbewußt' geschieht, also das Physiologische und Morphogenetische. Hypothetisch kann von einem Subjekt-Zentrum des Universums oder doch wenigstens seines organischen Bestandteiles geredet werden. Das erste wäre Gott, das zweite die Eine organische überpersonale Entelechie. Das Freiheitsproblem sondert sich also jedenfalls in zwei Sonderfragen: in die personale und die überpersonale" (S. 199). — Es ist nur konsequent, wenn auch die Willenshandlung nach dieser Formel „begriffen" wird: „Naturtheoretisch wirkt bei ihr (der äußeren Willenshandlung) ein unraumhaftes Agens, das wir ‚Entelechie' nennen, auf den Leib,

Digitized by Google

und zwar durch Vermittlung des Gehirns und des Nervensystems. Psychophysisch nennen wir das Korrelat der Entelechie ‚Seele'. Die Entelechie erzeugt auf Grund von Reizen und innerer Struktur in sich (vom Ref. gesperrt) einen bestimmten Zustand, der sich dem Ich als Willenshandlung vorstellt. Dieser Zustand setzt gewisse nervöse Zentralteile in sog. Erregung, und das führt sodann zu spezifisch verteilter Nervenerregung und spezifisch verteilter Muskelkontraktion. Es gibt hier nicht, wie bei den Formbildungsvorgängen, eine Spezifizierung des Soseins des einzelnen im ganzen, sondern die Frage ist nur: ‚Soll dieser Zentralteil erregt werden oder nicht'? Man kann sich alles vorstellen unter der Annahme, daß überall im Hirn Erregung verbreitet ist, etwa in Form chemischer Potentiale, daß aber Entelechie — Seele (!!) alle bestehenden Spannungen am Ausgleich hindert, ihren Ausgleich suspendiert, mit der alleinigen Ausnahme derjenigen, die ihrem Willenszustande entsprechen" (S. 226/27). Und schließlich: „Freiheit des Willens im Sinne einer Zulassungs- oder vielmehr Abweisungs-Freiheit ist zwar nicht erwiesen, aber möglich, und vielleicht wahrscheinlich, weil nämlich ohne sie das Dasein von Bewußtheit überflüssig wäre. Eine ‚Seite' oder ein ‚Teil' einer gewissen Entelechieform könnte also in diesem Sinne frei sein." — Was über das Irresein, über Traum, Hypnose und Bewußtseinsspaltung gesagt ist, mag durch die Hinneigung zu Kohnstamms Meinung gekennzeichnet sein, daß die Seele in der tiefsten Hypnose „vollendet" ist, auch in bezug auf das Moralische. Zum Schlusse aber noch ein Zitat, in dem Freud und Coué einander gegenübergestellt werden: „Freud beseitigt böse, Coué schafft gute „Komplexe" (S. 157). Beides sind „unterbewußte Etwasse, aber keine Iche" (S. 166). „Coués Entdeckung ist das alte: ‚Dein Glaube hat dir geholfen' in neuer Form; die alten Formen mögen für die große Menge der Menschen ruhig weiterbestehen. Man weiß jetzt, daß Wahrheit, daß ‚Rationalität' tiefsten Sinnes in ihnen ist, viel tiefere Wahrheit als in dem angeblich ‚Rationalen', dem Materialismus und seinen modernen verschämten Schattierungen." — Man legt D.s Buch, in dem sich selbstverständlich viele geistvolle und scharfsinnige Überlegungen finden, aus der Hand mit einer Frage auf den Lippen: Warum hat D. diesem Buche nicht den Titel gegeben: Grundprobleme der Psychologie, unter den Gesichtspunkten der Ordnungslehre und des Entelechieprinzips im Sinne des Vitalismus? Dann wüßte jeder Leser von vornherein, woran er ist. An dem Einfluß dieser grundsätzlichen Einstellung auf das Ganze ändert es auch nichts, daß unter den Rätseln der Psychologie als das größte das Rätsel der spezifischen Empfindung herausgestellt wird. *Homburger* (Heidelberg).

De Marco, Federico: La coscienza come intensità. (Das Bewußtsein als Intensität.) Riv. di psicol. Jg. 21, Nr. 4, S. 196—201. 1925.

In einer kleinen naturphilosophischen Abhandlung wirft de Marco die Frage auf, was denn das Spezifische des Bewußtseins im Naturgeschehen sei, da es unter bestimmten Umständen beim Funktionieren des Organismus, z. B. beim Wachsein, vorhanden sei, im Schlaf und in krankhaften Zuständen verschwinde, und dann wieder erscheine. Gegenüber der Auffassung von Jacques Loeb und Ernst Mach, die alle Bewußtseinstatsachen auf Empfindung und Gedächtnis zurückführen, schließt er sich der Ansicht E. Kraepelins an, daß in derartigen Theorien die Reduktion auf physische Phänomene kaum mehr als eine Analogie darstellen könne. Immerhin eröffnet der Umstand, daß man solche Analogien mit Erfolg aufstellen und gewisse allgemeinste Begriffe, insbesondere solche in der rein „formalen" Prägung der mathematischen Physik auf alle kosmischen Erscheinungen, einschließlich der organischen, anwenden könne, die Möglichkeit, auch das Bewußtsein in Analogie zu physischen Grundgesetzen zu bringen. Die Ansicht, daß das Bewußtsein ein rhythmisches, komplexes, wandelbares, auf äußere und innere Reize reagierendes, von Lebenskraft getragenes, in den allgemeinen Zyklus der Entwicklungserscheinungen im Universum schöpferisch eingreifendes Gebilde sei, erklärt für den Autor nur die Möglichkeit des

Digitized by Google

Daseins, nicht aber des temporären Erlöschens des Bewußtseins. Er vergleicht das Heben und Senken des Bewußtseins mit dem Anzünden und Verlöschen einer Lampe, ohne aber mit Ribot das Verhältnis vom Geschehen des Nervensystems und des Bewußtsein, wie ein Licht zu fassen, das eine Uhr beleuchte, ohne deren Gang zu beeinflussen. Dem Autor ist vielmehr das Nervensystem ein wunderbarer Transformator, der in hoher Spannung (Wachsein) und tiefer Spannung (Schlaf usw.) arbeiten kann. Unter diesem Gesichtspunkt ist ihm das Bewußtsein nicht etwa ein allotroper Zustand der nervösen Energie von bestimmter Größe, sondern der Ausdruck des Grades der Intensität dieser Energie. Nach dem Helmschen Gesetz gibt es kein Phänomen ohne Intensitätsgefälle. Das Bewußtsein ist somit das höchste Potential der organischen Kraft und damit auch von „richtender Wirksamkeit" („élan vital" Bergsons). In diesem Gedanken findet der Autor Anschluß an Spencer, der das Bewußtsein nicht als Epiphänomen, sondern als eine Qualität (Intensität) der organischen Grundfunktion, nämlich der Aktivität des Gehirnes angesehen hat. *E. Feuchtwanger* (München).

Berze, Josef: Psychischer „Antrieb" und Hirnstamm. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. **28**, Nr. 6, S. 62—63. 1926.

Im Subcortex gibt es, entsprechend dem „Prämotorium" (Stertz), welches der motorischen Innervationsbereitschaft dient und zugleich eine Rückwirkung auf das Psychomotorium und die psychische Aktivität ausübt, ein „Präsensorium". Es ist das ein Apparat, welcher der rezeptorischen Funktions- und der emotiven Reaktions-Bereitschaft dient und auf das Psychomotorium wirkt, indem er die in ihm selbst als Reaktionen auf die ihm zufließenden sensiblen und motorischen Reize entstandenen Erregungen dem psychophysiologischen Rindenapparat übermittelt. Solche reaktiven Erregungen sind die affektiven, die zunächst noch nichts Psychisches enthalten, sondern dieses erst auslösen, indem sie auf den psychologischen Rindenapparat wirken. *Hauptmann* (Freiburg i. B.).

Levinger, Ernst: Zur Frage der Ermüdbarkeit bei statischen Leistungen. (*Berlin. städt. Hosp., Buch.*) Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. **60**, H. 3/4, S. 223 bis 234. 1926.

Normale Versuchspersonen sind in den verschiedenen Lebensaltern verschieden lange imstande, die Arme seitwärts horizontal ausgestreckt zu halten. Am längsten vermögen es suggestible Versuchspersonen, die im Gegensatz zu den übrigen Versuchspersonen dabei in einen abnormen, hypnoiden Bewußtseinszustand geraten. Besonders lange Leistungen bringen ferner zustande: Kleinhirnkranke, Kranke mit postencephalitischem Parkinsonismus ohne Tremor, mit Paralysis agitans sine agitatione, Imbecille und Idioten. Besonders kurze Leistungen: Kranke mit Atrophia olivo-ponto-cerebellaris, postencephalitischem Parkinsonismus mit Tremor, Paralysis agitans. Der Unterschied zwischen dem Verhalten bei postencephalitischem Parkinsonismus ohne Tremor, Paralysis agitans sine agitatione einerseits, dem bei typischer Paralysis agitans und postencephalitischem Parkinsonismus mit Tremor andererseits, beruht nach Levinger auf Unterschieden der Lokalisationsverhältnisse des Krankheitsprozesses. L. ist geneigt, lange Leistungen auf eine Verselbständigung der Automatismen und der diese garantierenden tieferen, subcorticalen Apparate zurückzuführen, die unter den genannten Bedingungen in verschiedener Weise von der Rinde losgelöst sind. Der Fortfall des Ermüdungsgefühles erklärt sich aus dem Fortfall der corticalen Innervationsimpulse. *Riese* (Frankfurt a. M.).

Beritoff, J.: Über die sukzessiven individuellen Reflexe. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. **32**, H. 1/2, S. 29—56. 1925.

Beritoff geht von den Pawlowschen Spurenreflexen aus. Er bestreitet, daß sich dieselben infolge Verbindung der „Rest-Erregung" mit einem bestimmten aktiven Reiz bilden. Die „Rest-Erregung" spielt dabei keine Rolle. Er schlägt deshalb vor, von sukzessiven Reflexen zu sprechen. Es werden die Versuchsergebnisse mit Bildung sukzessiver Reflexe bei 4 Hunden mitgeteilt. In der ersten Zeit tritt der Reflex während

Digitized by Google

des individuellen Reizes auf. Erst allmählich löst sich der zusammenfallende, oder besser gleichzeitige, Reflex durch den sukzessiven ab, und zwar als Resultat der sich steigernden negativen Wirkung der individuellen Reizung auf die temporären Verbindungen und Bewegungsapparate, die den Reflex hervorrufen. Infolgedessen betrachtet B. bei den sukzessiven Reflexen nicht die Beendigung der Reizung, die „Spur" als individuelles Signal, sondern die gegebene Reizung vom ersten Anfang an, wie bei den zusammenfallenden Reflexen. Die Ablösung des zuerst entstandenen zusammenfallenden Reflexes durch den sukzessiven geschieht dank der verhältnismäßig großen Entwicklung der rückläufigen temporären Verbindungen zwischen allen wirkenden Elementen der Rinde, wodurch die Erregung eines jeden von ihnen zu allen anderen Elementen hauptsächlich längs diesen rückläufigen Verbindungen gelenkt wird. Das Auftreten der sukzessiven Reflexe einige Zeit nach der Reizung ist dadurch bedingt, daß nach dem Aufhören der individuellen Reizung die rückläufigen Verbindungen ihre Tätigkeit schneller einstellen als die vorwärtsläufigen Verbindungen zum Erregungsorgan, indem es hier eine kleine Bewegung hervorruft und dadurch einen bedeutenden sekundären individuellen Reflex auf die propriozeptive sekundäre Reizung erzeugt. Nimmt der sukzessive Reflex einen rhythmischen Verlauf, dann ist dieses Folge der Entwicklung temporärer Verbindungen einerseits zwischen den Herden der propriozeptiven Reizung, die im Moment beispielsweise der Senkung des Fußes entstehen, andererseits der Verbindung zwischen dem Hautanalysator und dem Bewegungsapparat, die durch die elektrische Reizung erregt werden. *M. Kroll* (Minsk).

Thouless, Robert H.: The causes of the continuous change of resistance observed in psycho-galvanic experiments. (Die Ursachen des beständigen Widerstandswechsels bei psychogalvanischen Versuchen.) (*Psychol. laborat., univ., Manchester.*) Brit. journ. of psychol., gen. sect. Bd. **16**, Nr. 1, S. 5—15. 1925.

Neben den kurzen Reizschwankungen beobachtet man bei psychogalvanischen Versuchen eine beständige Veränderlichkeit des Widerstandes. Thouless findet, daß diese Widerstandsänderung individuell verschieden ist, bei den meisten Versuchspersonene ein Fallen, bei anderen ein Steigen; die Widerstandshöhe sei teilweise von der Stromrichtung abhängig, nicht aber von zunehmender Polarisation oder Ionendurchwanderung durch die Haut. Im wesentlichen handle es sich in der Widerstandsänderung um ein Zeichen der Bereitschaft, auf einen Reiz zu reagieren: niederer W heiße hohe Bereitschaft, hoher W geringe Bereitschaft, wie sie besonders im Schlaf sich zeigte. Physikalische Determinanten seien aber wohl auch im Spiel. Zwei Versuchsreihen führten den Autor zu diesen Schlüssen. Einmal verwendet er einen Stromkreis mit Wippe, die erlaubt, die körperfremde Stromquelle momentan auszuschalten, einmal einen solchen mit 2 Kommutatoren, die die Stromrichtung in der Versuchsperson wechseln, nicht aber am Galvanometer; in beiden Fällen ist die Versuchsperson in einer Wheatetoneschen Brücke. Die Einzelheiten eignen sich nicht zum kurzen Referat. *Veraguth* (Zürich).

Kortsen, Kort K.: Die biologische Bedeutung des Gefühls. Ark. f. Psykol. och Pedag. Bd. **4**, H. 3/4, S. 167—184. 1925. (Dänisch.)

Ein gemeinverständlich gehaltener Vortrag, in welchem — im Anschluß an die Lehre von den lebensfördernden Eigenschaften der Lust und den lebenshemmenden der Unlust — in geistreicher Weise dafür eingetreten wird, daß die Gefühle, von den gröbsten instinktiv-emotionellen Komplexen bis zu den höchsten, logischen, ästhetischen und ethischen, wenigstens in großen Gängen eine teleologische, art- und individfördernde Funktion haben. *Wigert* (Lund).

Wohlgemuth, A.: The coexistence and localization of feeling. A rejoinder. (Die Gleichzeitigkeit und Lokalisationsmöglichkeit von Gefühlen. Eine Erwiderung.) Brit. journ. of psychol., gen. sect. Bd. **16**, Nr. 2, S. 116—122. 1925.

Polemische Betrachtungen gegen ähnliche Untersuchungen von P. T. Young. Beide Beobachter gingen von der gleichen Frage aus und kamen zu ganz widersprechenden

Digitized by Google

Ergebnissen. Während Wohlgemuth auf Grund von Serienversuchen zur Aussage gelangte, daß im Bewußtsein zu gleicher Zeit zwei oder mehrere Gefühle auftauchen und oft auch lokalisiert werden können, fand Young, daß Lust und Unlust unmöglich zu gleicher Zeit nebeneinander bestehen können und daß sie unlokalisierbar bleiben. Autor unternimmt unter Berufung auf seine Versuchsreihen und auf eine neue Arbeit von Phelan, die seine Schlüsse weitgehend betätigt, die Widerlegung der Auffassung seines Gegners und bleibt bei seinen Folgerungen. *Dexler* (Prag).

Kollarits, Jenö: Beiträge zur Kenntnis der „Ausdrucksbewegungen" des psychischen und physischen Schmerzes am Rumpf und an den Extremitäten. Ekklisisreflexe des psychischen Schmerzes. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 17, H. 1, S. 63 bis 73. 1925.

Der Verf. hat eine Fülle von Ausdrucksbewegungen bei körperlichem und seelischem Schmerz notiert und die sehr bemerkenswerte Feststellung gemacht, daß — unter Außerachtlassung individueller Differenzen — solche „Ausdrucksbewegungen bei ruhiger Rückenlage die Unterextremitäten und besonders den Fuß und die Zehen, und zwar deren Dorsalflexion, bei weitem bevorzugten, und daß diese Bewegungen schon bei schwächsten Unlustgefühlen körperlich kranken oder psychischen Ursprungs einsetzten, vielleicht eher noch als die auffallenden mimischen Bewegungen des Gesichtes". Biologisch betrachtet, handelt es sich bei diesen Ausdrucksbewegungen um „Ekklisisreflexe", d. h. um Reflexe der Abwehr. Sie ergreifen, wie der Verf. durchaus einleuchtend darlegt, den ganzen Organismus; nicht nur den primitiven, ein Nervensystem noch nicht besitzenden Organismus, sondern auch den hochdifferenzierten, der ja auch „in seinem Ganzen durch den Angriff auf ein einziges Glied gefährdet werden kann". Beim psychischen Schmerz ist ja dieser Angriff auf den seelischen Bestand des gesamten Organismus ohne weiteres klar. Aus dieser Abwehr des ganzen Organismus erklären sich jene Ausdrucksbewegungen, die aus der Art und dem Ort eines bestimmten Angriffes auf den Organismus nicht ohne weiteres verständlich sind. In diese biologischen Reaktionen greifen nun auf hoher Entwicklungsstufe noch psychologische Motivierungen der Ausdrucksbewegungen hinein; diese sind aber nicht das Primäre. *Riese* (Frankfurt a. M.).

● **Stoker, H. G.: Das Gewissen. Erscheinungsformen und Theorien. (Schriften z. Philosophie u. Soziologie. Hrsg. v. Max Scheler. Bd. 2.)** Bonn: Friedrich Cohen 1925. XV, 280 S. RM. 9.—.

Das vorliegende Buch bildet den 2. Band der von Max Scheler herausgegebenen Schriften zur Philosophie und Soziologie. Es ist der Sphäre Schelers entwachsen und sucht eine wesensphänomenologische Analyse der Erlebnisse zu geben, die mit dem Worte Gewissen bezeichnet werden. Bei der großen Bedeutung, die die moderne Psychopathologie der Erforschung der emotionellen Erlebnisse, im besonderen der Stellungnahme des Kranken gegenüber seinem eigenen Tun zuerkennt, wird der Arzt an einem Buch über das Gewissen besonderes Interesse haben, besonders, wenn, wie in dem vorliegenden, das Problem von einem recht konkreten lebensnahen Standpunkt in Angriff genommen wird. Es ist die Grundüberzeugung des Verf., zu der er sich von einer intellektualistischen und relativistischen Auffassung nach eingehender phänomenologischer Erforschung der Gewissenserscheinungen und nach einer historisch-kritischen Untersuchung der Gewissentheorien durchgerungen hat, daß die Gewissenserscheinungen primär nicht von der formellen Seite verstanden werden können, wie man gewöhnlich das Gewissen zu bestimmen versucht hat, wenn man es etwa als einen Akt der Vernunft und ähnlich betrachtete, sondern daß die Gewissenserscheinungen nur von der materiellen Seite her, von den objektiven, reellen Gegebenheiten, denen gegenüber das Gewissen sich regt, zu erfassen sind. Dieser Standpunkt, der Anschluß der Analyse immer wieder an den konkreten Vorgang, macht das Buch für den Arzt viel mehr brauchbar als die meisten anderen sich rein im Spekulativen haltenden Erörterungen. Diesem konkreten Standpunkt entspricht auch, daß die stoffliche Grundlage für die Erörterungen des Verf. sehr umfangreich ist, daß — für den Mediziner besonders

Digitized by Google

wichtig — auch die tierpsychologischen und psychopathologischen Tatsachen mit herangezogen werden. Bei alledem bleibt die Grundeinstellung des Verf. eine rein geisteswissenschaftliche. So sehr er die biologischen Tatsachen in seine Betrachtung einbezieht, so sehr er den konkreten Erscheinungen des Gewissens viel Relatives, soziologisch Erworbenes und biologisch Bedingtes zuerkennt, so ist ihm doch das Gewissen ein überbiologischer Faktor, nicht aus dem Nurbiologischen ableitbar. Er lehnt die Annahme einer graduellen Entwicklung vom Biologischen zum Überbiologischen und damit alle Theorien ab, die das Gewissen aus tierischen Vorstufen — etwa aus der Furcht vor vorauszusehender Gefahr wie Bain oder aus den sozialen Instinkten der Tiere wie Darwin — ableiten wollen. Das Gewissen ist für Stoker ein spezifisch-menschliches Verhalten, ebenso von allem Tierischen wesenhaft verschieden, wie der Mensch sich als geistiges Wesen prinzipiell vom Tier unterscheidet; es ist die „reelle innere Kundwerdung des Personalbösen", der Ausdruck eines persönlichen Verhältnisses zum eigenen Bösen, wie es eben nur dem Menschen zukommt. Wird das Personalböse als verwirklicht erlebt, so sprechen wir vom bösen Gewissen, wird es als zur Verwirklichung drängend erlebt, vom warnenden Gewissen; vom guten Gewissen sprechen wir schließlich dann, wenn das Personalböse als prinzipiell möglich erlebt wird, aber reell verneint wird. Zu dieser Auffassung vom Wesen des Gewissens kommt der Verf. auf Grund einer gründlichen kritischen Betrachtung der hauptsächlichsten Theorien des Gewissens, einschließlich Freuds. Den Mediziner wird besonders die kritische Erörterung der verschiedenen Theorien über die Entwicklung des Gewissens interessieren, die dem Verf. Veranlassung wird zu einer Stellungnahme zum Entwicklungsbegriff sowie zu mancherlei prinzipiellen Fragen der Psychologie überhaupt, im besonderen der Tierpsychologie und Kinderpsychologie. Der Ref. muß sich mit diesem Hinweis auf die methodische Grundlage und die Grundauffassung des Verf. begnügen. Er kann das Buch dem Mediziner um so mehr empfehlen, als es in einem klaren Stil geschrieben ist, der seine Lektüre trotz der Schwierigkeit der Materie verhältnismäßig nicht schwierig macht. *K. Goldstein* (Frankfurt a. M.).

Grasset, J.: Inspiration und Unterbewußtsein. Siglo méd. Bd. **75**, Nr. 3720, S. 322—325. 1925. (Spanisch.)

Verf. behandelt die Fragen nach der Beschaffenheit der Inspiration der Künstler, Dichter, Musiker und nach dem Zustand, in dem sich der Künstler während der Inspiration befindet. Die Inspiration geht automatisch und unterbewußt vor sich, in einem Zustand des Künstlers, der halb Traum-, halb Wachzustand ist. Das wird an Aussprüchen von Dichtern und Künstlern erläutert. *Ganter* (Wormditt).

Busemann, A.: Über lyrische Produktivität und Lebensablauf. Zeitschr. f. angew. Psychol. Bd. **26**, H. 3/4, S. 177—201. 1925.

Untersucht wurden Goethe, Mörike, Hoffmann v. Fallersleben, Hebbel, Uhland, Schiller, Bürger vermittelst tabellarischer Durchzählung des Entstehungsalters ihrer Gedichte.

Die lyrische Produktion begünstigt in allen untersuchten Fällen, außer Goethe, das Alter von 18—42 Jahren, weniger das reife Mannesalter und das Greisenalter. Bei Goethe bestätigt sich der schon von Möbius herausgestellte, ungefähr 7jährige Produktionszyklus. Auch Mörike, Hoffmann und Hebbel zeigen Periodik. Günstigste Produktionsphasen sind für die Lyrik das Lebensalter zwischen 18 und 32 und dann wieder die 40er Jahre. Diese scheinen spezifisch erotisch-poetische Tönung zu haben, während das dazwischenliegende „reife Mannesalter" (32—40) im ganzen mehr zu sachlichen Leistungen in Wissenschaft und Politik geneigt ist. Erotische und lyrische Erregungsperioden hängen zeitlich nah zusammen. Im Gegensatz zur Lyrik ist die Erzählung (Roman, Novelle) und die verslose Form eine Gabe des reiferen Alters ja des Alters im eigentlichen Sinn. So verteilt sich z. B. die Novellistik Storms ihrem Umfang nach in Seitenzahlen gezählt vom 2. bis 7. Lebensdezennium in folgender zahlenmäßigen Progression: 0, 11, 115, 222, 536, 635. *Kretschmer* (Marburg).

Jaensch, W.: Über psychophysische Konstitutionstypen. (Einige Bemerkungen und Richtigstellungen zu der in dieser Zeitschrift [1924] erschienenen Arbeit von S. Fischer und H. Hirschberg: Über die Verbreitung der eidetischen Anlage im Jugend-

Digitized by Google

alter und ihre Beziehungen zu körperlichen Merkmalen.) (*Psychol. Inst., Univ. Marburg a. L.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **97**, H. 3/4, S. 374—386. 1925.

Verf. lehnt denjenigen Teil der Untersuchungen von Fischer und Hirschberg, der sich gegen die von ihm und seinem Bruder E. R. Jaensch behaupteten Zusammenhänge der verschiedenen Arten eidetischer Anschauungsbilder zu bestimmten Konstitutionstypen richtet, ab, „weil jene Untersuchungen nur von unseren vorläufigen und darum noch unvollständigen Angaben über Ergebnisse und Methodik ausgingen, also einen Gegenbeweis liefern könnten nur gegen einen den Autoren nicht in vollem Umfange bekannten und daher unvollständig und unrichtig, jedenfalls gar nicht in unserem Sinne aufgefaßten Tatsachenkreis. Dies gilt sowohl für die psychologischen wie die somatischen Äußerungsformen des T- und B-Typus wie auch für die von den genannten Autoren aufgeworfene Frage der Berechtigung zur Aufstellung entsprechender somatischer Typen überhaupt. Aber selbst in diesem Teil ihrer Untersuchungen bedeuten einzelne ihrer tatsächlichen Feststellungen, z. B. die über gewisse galvanische Erregbarkeitsschwellen bei Eidetikern, sogar eine Bestätigung der von uns aufgezeigten Tatsachen. Zu bemerken ist jedoch, daß genannte Autoren den von uns gebrauchten Ausdruck ‚Übererregbarkeit' in dem in der Klinik eingeführten Sinne gebrauchen, den wir gerade vermieden wissen wollen. Ihre Bemerkungen schließlich über von uns angenommene Verwandtschaftsbeziehungen von einigen anderen Phänomenen (z. B. Pavor nocturnus und Schlafreden) zum tetanoiden Komplex scheinen unsere Angaben ebenfalls eher zu bestätigen als zu widerlegen." (Vgl. dies. Zentrlbl. **36**, 411.) *Straus.*

Giese, Fritz: Über die Logik bei psychologischen Profilen. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 158—163. 1925.

Das Rossolimosche psychologische Profil hat nicht nur den Wert einer graphischen Veranschaulichung von psychiatrischen bzw. psychologischen Befunden. Nach Durchmusterung einer großen Anzahl von Menschen erkennt man aus der komplexen Parallelsetzung von Diagnoseergebnissen im Profil eine gewisse Logik des Profils. Epileptiker zeigen hohe Variationen der Leistungen, ihr Profil deutet auf dem gleichen psychischen Gebiete Widersprüche an, das Profil „schwankt". Die Profile der nach Kopfschuß Gelähmten sind so typisch, daß man aus dem Profil die Ausfallserscheinung und die Ursache erschließen kann. Im Profil werden auch Ergebnisse der Vorgeschichte oder der Übung offenbar. Durch das Profil kommen wir zu Erkenntnissen allgemeiner Art, zu einer Art Strukturerfassung, soweit uns die experimentelle Methode in ihrer ausgesprochenen Oberflächenfühlung überhaupt Einblick bieten kann. *Wolpert* (Berlin-Schlachtensee).

Ranschburg, Paul: Über die Möglichkeit der Einfügung eines Profils des Temperaments in das Rossolimosche Profil. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 182—186. 1925.

Verf. möchte dem Rossolimoschen „psychologischen Profil" eine Kurve anschließen, die die Stimmung quantitativ ausdrückt. Die momentane bzw. die dominierende Stimmung des Prüflings soll mit den Ordnungszahlen von 1—10 bezeichnet werden, wobei 1 die tiefste, 10 die höchste Stufe der diathetischen Skala zu bedeuten hätte. Die dominierend lustbetonte Stimmung soll mit +, die dominierend unlustbetonte mit — bezeichnet werden, im Profil wäre also der Höhepunkt der Stimmung entweder mit + oder mit — einzutragen. Verf. unterscheidet natürliche und künstliche provokative Methoden zur Prüfung der Stimmung. *Wolpert.*

Bakker, Dine: Beiträge zur Psychologie des Dirnenkomplexes. Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychanalyse Bd. **2**, S. 433—451. 1926.

Wiedergabe einer interessanten, von Stekel durchgeführten Analyse einer älteren Prostituierten mit vielen hysterischen Zügen. Die einleitenden Bemerkungen und abschließenden Folgerungen der Verf. bleiben sehr an der Oberfläche der Probleme. Sie polemisiert gegen völlig veraltete Anschauungen und scheint keine psychiatrische Bearbeitung der Prostituiertenpsychologie genauer zu kennen, obwohl sie eine Arbeit von Stelzner zitiert. *W. Mayer-Groß* (Heidelberg).

Digitized by Google

Proebster, R.: Körper und Seele, ein Beitrag zur Krüppelpsyche. (*Oscar Helene-Heim, Berlin-Dahlem.*) Zeitschr. f. Krüppelfürs. Bd. 18, H. 11/12, S. 172—186. 1925.

Neben ausführlichen Erörterungen über den Zusammenhang zwischen Körper und Seele in der menschlichen Pathologie, die für den Arzt nichts Neues bieten, sind in der Arbeit bedeutsame Hinweise auf die Psychologie des Krüppels zu finden, die in der Richtung der Adlerschen Individualpsychologie liegen: „Fast stets findet man eine verhaltene Erbitterung dem Normalen und eine Mutlosigkeit dem eigenen Leben gegenüber. Daneben beherrschen oft moraliche Schwächen den Charakter, z. B.: Argwohn, Neid, Überempfindlichkeit und eine dem Gesunden unerklärliche Eitelkeit." Diese Veränderungen sind wohl um so ausgesprochener, in je früheren Jahren die Verkrüppelung eingetreten ist; andererseits hat der Jugendliche „die größere Anpassungsfähigkeit an den äußeren Defekt voraus, die sich recht oft ... geradezu bis zur Virtuosität steigern kann". Aus psychologischen Gründen tritt der Verf. daher für die Unterbringung aller Krüppel in Anstalten ein, wo er unter seinesgleichen aus Vereinsamung und Entmutigung gerissen und der Gemeinschaft und der Arbeit zugeführt wird. Inwiefern dieser Aufgabe gerade die religiöse Erziehung besonders angemessen sein sollte, wie der Verf. behauptet, scheint freilich nicht ohne weiteres verständlich. *Erwin Wexberg* (Wien).

Kutzinski, A., und R. Heinrich: Ein Arbeitsversuch bei Hirnverletzten. (*Versorgungskrankenh., Königsberg i. Pr.*) Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 60, H. 1, S. 34—58. 1925.

Es kommt darauf an, aus einer Anzahl Utensilien in einer Arbeitsstunde eine möglichst große Anzahl von Werkstücken herzustellen, die sich aus den Teilstücken in bestimmter Weise zusammensetzen lassen. Ein Modell des fertigen Werkstückes ist vor der Versuchsperson aufgestellt. Die untersuchten Patienten (Spätfälle von Kopf- und Hirnverletzungen, Rentenbegehrer mit cerebralen Beschwerden ohne schweren organischen Befund) unterscheiden sich von normalen Versuchspersonen durch niedrigere Stückzahl und höhere „mittlere Variation" (d. h. innerhalb einer Gruppe kommen stärkere individuelle Schwankungen vor); sie stellen ferner im Gegensatz zu den normalen Versuchspersonen selten Fragen über den Sinn der Arbeit und über die Punkte, die die Instruktion offen läßt und verhalten sich sehr verschieden zur spontanen Exaktheit. Es werden dann im einzelnen betrachtet: Patienten mit, solche ohne Defekt; Verletzte mit Pulsation; innerhalb der Defektgruppen: Frontal-, Zentral-Temporal-, Parietal-, Occipitalverletzte. *Riese* (Frankfurt a. M.).

Petzelt, Alfred: Zur Frage der Konzentration bei Blinden. Eine psychologisch-pädagogische Studie. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 50, H. 1/2, S. 1—84. 1925.

Konzentration im Sinne der allgemeinen Pädagogik ist „die Vereinigung des Vielen, was der Unterricht darbietet, in der werdenden Person des Zöglings". Dieses Viele soll Wissen sein, aber nicht nur Erwerbung und Erweiterung von Wissensbeständen, sondern auch denkende Umordnung und Neugliederung dieser Bestände auf Grund der Erwerbung von Beziehungen. Diese Beziehungen sind in erster Linie als solche der Geltung zu verstehen. Im Sinne der Denkpsychologie, insbesondere der Untersuchungen Hoenigwalds ist die Konzentration der Inbegriff möglicher Relationen von Geltungsbeständen im zeitlichen Ablauf von Denkprozessen. Jede Wissenserwerbung berührt und verändert immer auch die Gesamtbestände des bereits Gewußten. Unter diesen Gesichtspunkten kann also unter Konzentration das Lernen im weitesten Sinne verstanden werden. — Der zweite wichtige Begriff, mit dem diese Untersuchung arbeitet, ist der der Präsenz. Hierunter wird die Tatsache verstanden, daß im Psychischen Vergangenheit und Zukunft insofern in einer Einheit zusammentrifft, als Vergangenes und Zukünftiges sich im Wissen eint, d. h. vergegenwärtigt. Präsenz ist also Bedingung für die Sinnhaftigkeit des Lernens, des Erlebens, also der Konzentration. Die Präsenz in diesem Sinne hat nichts mit der punktuellen physischen Zeitbestimmung zu tun und gehört nicht zu den meßbareren Anteilen der seelischen Abläufe, die andere, gesonderte Bestimmungen derseben betreffen. Alles Wissen (Ergebnis der Konzentration: Konzentrat) ist gegliedert, strukturiert, differenziert, in Urteilen gefaßt. Diese Grundlagen werden zunächst ausführlicher dargestellt, und die Grenzen der Konzentration aufgezeigt: sie bezieht sich nur auf das Wissen

Digitized by Google

im Sinne der Bildung, jedoch ohne eine ethische Wertung dieses Wissens und ohne eine ethische Wertung des Trägers dieses Wissens, wohl aber des Umfanges und der Tiefe seines Denkens. Im Hauptteil der Arbeit wird untersucht, inwiefern die Blindheit ein Konzentrationsproblem ist, und zwar von der Frage aus, wie sich das Gegenstandswissen im Ich gestaltet, wenn dessen Struktur von der typischen allgemeinen Struktur durch eine Ausfallserscheinung abweicht. Die Ausschaltung der visuellen Welt bei Blindgeborenen bzw. in frühester Kindheit Erblindeten hat eine weitgehende Hilflosigkeit in allen räumlichen Beziehungen zur Folge, die für die Entwicklung der psychophysischen Persönlichkeit des Blinden von besonderer Bedeutung ist. Gleichwohl ändert sich nach den Ausführungen Petzelts nichts am Systemcharakter der verbleibenden Sinnesleistungen für das Erleben, insofern auch das Erleben des Blinden das Erleben einer körperlich-seelischen Einheit bleibt. Jedoch erfährt es in bezug auf seine Entstehung dadurch eine eingreifende Abänderung, als die zeitliche Erstarkung jedes räumlichen Erfahrungserwerbes eine viel größere sein muß, weil tastend die Körperwelt und jegliche weitere Raumbeziehung nie in einem Akte der sinnlichen Erfassung zur Gegebenheit gebracht werden kann, sondern nur in einer Folge einer Vielzahl derselben. Besteht also auch im Erwerb der Gegensatz von Simultaneität und Sukzession, so wird das Erworbene wie beim Sehenden mit dem schon vorhandenen Bestande vereinigt und nach den gleichen Bedingungen der Präsenz im Verstehen eingeordnet. Die Konzentration folgt beim Blinden den gleichen Gesetzen; das Ergebnis, das Konzentrat, ist in bezug auf den sinnlichen Aufbau eine Gestalt, eine Ganzheit. Die grundsätzliche Gleichheit der Erlebnisgliederung der Raumgestalten ist die Grundlage einer eindeutigen Verständigung mit dem Sehenden. Dem Blinden muß in Erziehung und Unterricht das Gegenstandswissen so vermittelt werden, daß er eine geistige Bezugsgemeinschaft und eine breite Verständigungsbasis mit den Sehenden gewinnt. Dies geschieht dadurch, daß er die Sprache der Sehenden einschließlich ihres optischen Wortbereichs kennen und gebrauchen lernt; er wird also auch dahin belehrt, daß die Welt der Sehenden Merkmale (Farbe, Raumgruppierung usw.) enthält, die ihm fehlen, die also auch nie in sein anschauliches Erfahrungswissen eingehen können. Sie sind für ihn ein unanschauliches Wissen. Soweit kann man dem Verf. folgen. Er deduziert aber weiter: Der Blinde erlernt, wenn ihm die Raumgestalten richtig vermittelt werden (Modelle usw.) mit Hilfe der Sprache der Sehenden die Bezüge der Sichtbarkeit kennen; er gewinnt den „Visualisationsbezug". Hierbei wirken vikariierende Ausnutzungen der anderen Sinnesgebiete mit; aber es ist nicht das Sinnesvikariat, welches die Welt des Blinden erweitert, sondern der durch den Visualisationsbezug erweiterte Bereich der denkbaren Sinnbezüge, der Bedeutungen. Wenn also der Blinde um Sinnbezüge aus allen Modalsphären (sinnlichen Wahrnehmungsbereichen) wissen kann, so gilt für ihn, obgleich seine Wahrnehmungsquellen beschränkt sind, die gleiche Einheit des Wissens wie für den Sehenden. Also: „Es gibt keinen restlosen Mangel, keinen Ausfall eines Sinnesgebietes, weil es kein zweites System der Erfahrung gibt, weil Wissenkönnen beim Blinden auf die eine Erfahrung bezogen ist und als Funktion alle, d. h. jede mögliche Gliederung der Erfahrungsstruktur umspannt." (S. 41.) Das ist doch wohl etwas gar zu theoretisch. Denn wenn es auch richtig ist, daß in die Tastabsicht des Blinden immer die Aufgabe mit eingeht, die gewonnenen Strukturen so zu gliedern und konzentrierend so zu ordnen, daß eine Verständigung zwischen ihm und dem Sehenden möglich ist, und wenn es auch ferner richtig ist, daß die Welt des Blinden unter Blinden ohne diesen Bezug eine andere wäre als unter Sehenden, so bleibt der Mangel des Sinnesgebiets in seiner spezifischen Bedeutung doch ein restloser Mangel. Denn alle „Seh-Worte" sind für den Blinden doch nur übernommene Gleichnisse. Wenn aus der Lehre von der Konzentration der praktische Schluß gezogen wird, die Gedankenwelt, das Bedeutungswissen, den Beziehungsreichtum des Blinden mit Hilfe aller sprachlich-optischen Modalbezüge zu erweitern, so ist dies als Grundlage von Erziehung und Unterricht insgemein

Digitized by Google

wertvoll. Die Auffassung begründet psychologisch alle Bestrebungen, welche die Förderung des Verstehens und der Verständnisangleichung zum Ziele haben.

Homburger (Heidelberg).

● **Morselli, Enrico: La psicanalisi. Studii ed appunti critici. Tomo I. La dottrina.** (Die Psychoanalyse. Studien und kritische Bemerkungen. 1. Band. Die Theorie.) Torino: Fratelli Bocca 1926. XII, 374 S. u. 9 Taf. L. 90.—.

● **Morselli, Enrico: La psicanalisi. Studii ed appunti critici. Tomo II. La pratica.** (Die Psychoanalyse. Studien und kritische Bemerkungen. 2. Band. Die Praxis.) Torino: Fratelli Bocca 1926. VIII, 411 S. u. 9 Taf. L. 90.—.

Das groß angelegte Werk des bekannten Genueser Psychiaters enthält die längst fällige Stellungnahme der italienischen Schulpsychiatrie zur Psychoanalyse. Viel später als in anderen Ländern ist in Frankreich und Italien die Freundsche Lehre Gegenstand des Interesses geworden. Während aber der französische „esprit libre", tatsächlich gleichweit entfernt von kritikloser Anhängerschaft wie von parteimäßiger Bekämpfung, mit ruhiger Sachlichkeit damit beschäftigt ist — nach einem Ausdruck von Toulouse —, die Psychoanalyse zu „verdauen", unterscheidet sich Morsellis Stellungnahme, trotz aller Betonung der Objektivität, nur unwesentlich von der Kritik um jeden Preis, wie sie in Deutschland geübt wurde und z. T. noch geübt wird. M.s Arbeit stellt nicht jene Form der immanenten Kritik der Freudschen Lehre dar, die man in unseren Landen allmählich als die einzig berechtigte anerkennt. So kommt es, daß der Autor, der nach seiner eigenen Angabe nie den Versuch gemacht hat, einen Patienten „des Langen und Breiten" zu analysieren, zu den längst bekannten Argumenten der Freudgegner kaum Wesentliches beiträgt. Und so sehr M. in seinem Schlußwort die sarkastische Kritik, die Georges Dumas der Psychoanalyse angedeihen läßt — „was daran gut ist, ist nicht neu, und was daran neu ist, ist nicht gut" —, ablehnt, so sehr bemüht er sich, an zahllosen Stellen ungefähr ebendiesen Satz nachzuweisen. So dort, wo er das Verdienst, die phylo-ontogenetische Überlagerung der Triebe und die Konflikte zwischen den archaischen und den später erworbenen Trieben nachgewiesen zu haben, dem italienischen Positivismus, dessen prominenter Vertreter er ist, zuschreibt (Bd. 1, S. 63); wo er (Bd. 1, S. 220) in der Freudschen Konzeption der Verdrängung den alten physiologischen Begriff der Hemmungen wiederzuerkennen glaubt; wo er (Bd. 2, S. 343) die Psychoanalyse als Ergänzung und Modernisierung des Lombrosismus darstellt. — Die heftigste Kritik erfährt auch hier der Pansexualismus der Freudschen Schule. Auf diesen Punkt kommt das Buch in den verschiedensten Zusammenhängen immer wieder zurück. Die vielfach berechtigten Argumente sind deutschen Lesern bekannt, ebenso die Tatsache, die M. betont, daß Freud selbst in den letzten Jahren vom Pansexualismus abzurücken scheint, im Gegensatz zu manchen seiner Schüler, die auf dem alten Wege bis zu den extremsten Konsequenzen fortschreiten. Berechtigt ist gewiß auch M.s Protest gegen den ethischen Pessimismus der Psychoanalyse, gegen den Primat des Affekts im Seelenleben, gegen die Lehre von den Partialtrieben und der „polymorphen Perversität" des Kindesalters. Was die letztgenannte Frage anbelangt, so erkennt der Autor das Verdienst Freuds um die Untersuchung der Lusterlebnisse im kindlichen Alter an, lehnt aber ihren sexuellen Charakter ab. Der „Narcismus" des Kindes habe durchaus nichts Erotisches an sich, ebensowenig wie die Anhänglichkeit des Säuglings an seine Mutter. Die Lehre vom Kastrationskomplex sei geradezu grotesk. Hier sieht M. richtig die Beziehung zum „Minderwertigkeitsgefühl" der Adlerschen Schule, das — nach Ansicht des Ref. — jene psychische Realität darstellt, durch deren Übertragung in den Sexualjargon der „Kastrationskomplex" überhaupt erst entstanden ist. — Beachtenswert ist auch die Kritik an der Freudschen Personifizierung der Zensur, die doch nichts anderes ist als die gelegentliche, je nach der Situation auftretende Manifestation von Hemmungen, und die sich auch nicht nur gegen libidinöse Inhalte richtet. Die „Konflikte" seien durchaus nicht immer die Ursache, sondern meistens die Folge der Neurose

Digitized by Google

und der Psychose. Die Analogie zwischen dem „Tabu" und den moralischen Hemmungen wird mit Einschränkungen anerkannt, die Idee der „Psychopathologie des Alltagslebens" als genial bezeichnet, unbeschadet eines gewiß vielfach berechtigten Skeptizismus, der sich gegen einzelne Deutungen richtet. Die überwiegende Mehrzahl der Fehlhandlungen entziehe sich jedoch der psychoanalytischen Deutung. Ähnlich zustimmend und einschränkend verhält sich M. gegenüber der Traumdeutung. Die Allgemeingültigkeit des Satzes, daß der Traum verdrängte Wünsche enthalte, wird bestritten. Die Entstellung betreffe auch solche Traumgedanken, die durchaus nichts Verbotenes enthalten. Die fixe Traumsymbolik wird im wesentlichen abgelehnt. — Auch der Freudschen Massenpsychologie steht M. ablehnend gegenüber. Die Anwendung der Psychoanalyse auf Folklore und Mythenforschung wird mit Vorsicht zugelassen. — Im praktischen Teil des Werkes wendet sich der Autor zunächst allgemein gegen den Hyperpsychologismus in der Psychiatrie. Die Psychoanalyse sei nichts anderes als eine Auferstehung des naiven Psychologismus früherer Jahrhunderte, der Zeiten des Teufelsglaubens und der Besessenheit. Die Methode, weit entfernt von experimenteller Exaktheit, sei von fraglichem Nutzen, wo sie ihre Aufgabe darin erblickt, glücklich vergessene, häßliche Erinnerungen wieder aufzuwecken. Sie sei durchsetzt von suggestiven Momenten. Überdies sei sie zur Aufklärung der Psychogenie sehr oft überflüssig. Auch das Assoziationsexperiment kann nicht als einwandfreie Methodik im Dienste der Psychoanalyse anerkannt werden. Die Bedeutung der „Regression" auf infantile Triebformen für die Pathogenese der Neurose wird bezweifelt. Die Zunahme der neurotischen Erkrankungen im Laufe der letzten Jahrzehnte sei nicht auf eine steigende Sexualverdrängung, sondern eher auf das Gegenteil zurückzuführen. Abstinenz werde nur ausnahmsweise zum Gegenstand innerer Kämpfe, die übertriebene Bedeutung, die Freud der Sexualität in der Psychogenese der Neurosen zuweist, stelle eine ungerechtfertigte Simplifikation dar. Die Ambivalenz sei nichts Pathologisches, sondern spiele im normalen Seelenleben eine bedeutsame Rolle. — Es folgt eine eingehende Kritik der Freudschen Einteilung in Aktualneurosen, Übertragungsneurosen usw. und der Auffassung der einzelnen Typen, wobei wieder die Ablehnung der sexuellen Ätiologie die Hauptrolle spielt. Aber auch die Schlagworte vom Krankheitsgewinn und von der Flucht in die Krankheit hätten durchaus nicht allgemeine Geltung; denn „viele leiden sehr darunter" (nicht viele, sondern vermutlich alle; aber das ist durchaus kein stichhaltiger Einwand gegen die teleologische Auffassung, so wenig wie der Hinweis, daß viele Neurosen nicht plötzlich, sondern allmählich einsetzen! Anm. des Ref.). Die Lehre von der Zwangsneurose enthalte zahlreiche Widersprüche. Richtig und fruchtbar seien nur die Begriffe von den unbewußten Komplexen und von den Konflikten im Vorbewußten. Bezüglich der Perversionen wird gegenüber der Lehre von der Psychogenie die Bedeutung des endokrinen Moments verfochten, bei den traumatischen Neurosen das Versagen der Psychoanalyse als Theorie dargelegt. — Sehr mit Recht wendet sich M. gegen die Zulassung nichtärztlicher Psychoanalytiker. Die lange Dauer und die Kostspieligkeit der psychoanalytischen Behandlungen werden als Hindernisse ihrer Anwendung in größerem Ausmaß hervorgehoben. Widerstand und Übertragung seien in der psychoanalytischen Behandlung nicht anders zu bewerten als bei anderen Methoden, wo sie ebenfalls vorkommen. Schließlich sei die Freudsche Behandlungsmethode nicht genügend; sie bedürfe der Ergänzung durch Methoden der Suggestion und Autosuggestion. Ihre Anwendung in der Erziehung werde von der Mehrzahl der Kinderpsychologen abgelehnt. — Von den dissidenten, aus der Psychoanalyse hervorgegangenen Schulen werden die von Jung, Rivers, Stekel und Adler angeführt und besprochen. Die in vielen Punkten abweichende Richtung der französischen Psychoanalytiker um Laforgue ist nicht gebührend berücksichtigt, Adlers Individualpsychologie ganz unvollkommen dargestellt, was in Anbetracht dessen, daß im Literaturverzeichnis die Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie und die darin enthaltenen Arbeiten (vom ersten, 13 Jahre alten Band abgesehen)

Digitized by Google

fehlen, sehr begreiflich ist. Gleichwohl hat Morselli die starke Annäherung Freuds an Adlers Individualpsychologie wohl bemerkt und spricht geradezu von einer Kapitulation (dedizione) Freuds vor der Adlerschen Lehre. — Alles in allem: ein gründliches und ernstes Buch, das vor allem in Italien viel gelesen werden wird. Die sorgfältige Ausstattung — überraschenderweise auch mit zahlreichen Reproduktionen klassischer Gemälde ohne direkte Beziehung zum Text — verdient hervorgehoben zu werden. *Erwin Wexberg* (Wien).

Stekel, Wilhelm: Übertragung, Verdrängung und Annullierung. Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychanalyse Bd. 2, S. 1—11. 1926.

Die Arbeit enthält in unsystematischer Form Randbemerkungen zur Praxis und Theorie der Psa., teils feine Beobachtungen grundsätzlicher Art, teils absurde, unbewiesene Behauptungen („Kommt die Annullierung zur Verdrängung hinzu, so haben wir das Bild der epileptischen Demenz. Die Realität wird vollkommen annulliert, der Anfall ist sozusagen in Permanenz erklärt."). Sieht man über solche Überspannungen hinweg und sucht das Wesentliche der Darlegungen Stekels zu fassen, so findet man einmal eine Entthronung der Verdrängung als pathogenetischen Faktor. Damit die Ablehnung der Meinung, Beseitigung der Verdrängung bringe allemal Heilung. Ferner wird der Verdrängung die „Annullierung" gegenübergestellt, sie ist allein pathologisch. Anfangs hat es den Anschein, als ob mit diesem Terminus „das Gegenstück der Verdrängung": Nichtanerkennen eines bewußten Inhalts durch das Unbewußte gemeint sei. Später aber heißt es: „die Annullierung bedeutet die Abkapselung einer Vorstellungsgruppe im Unbewußten". Trotz dieser Unklarheiten enthält der Aufsatz viele treffende Einzelheiten, die in einem Referat nicht wiedergegeben werden können; er betont vor allem auch die von S. stets hervorgehobene Wichtigkeit der „prospektiven Tendenz" in der Psychotherapie und die Wertlosigkeit der rein analysierenden Rationalisierung des engeren Freudschen Kreises. *W. Mayer-Groß* (Heidelberg).

Schindler, Walter: Zwischen Flatus und Miktio. Zur Psychogenese der Anal- und Urinsexualität. Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychanalyse Bd. 2, S. 317—329. 1926.

Es handelt sich um einen körperlich gesunden Studenten, der infolge zwangsmäßigen Flatus- und Urinierdranges völlig arbeitsunfähig und lebensüberdrüssig geworden war. Die Analyse wies ein ungeheures „Schuldkonto" von kindlichen Sexualperversionen und insbesondere eine starkfixierte homosexuelle Einstellung nach. Nach Aufdeckung der Komplexe und Redukation erfolgte Wiederherstellung. *Birnbaum* (Herzberge).

● **Bjerre, Poul: Von der Psychoanalyse zur Psychosynthese. (Aus dem Schwedischen übersetzt von Helmuth Duve und Amalie Brückner.)** Halle a. S.: Carl Marhold 1925. 93 S. RM. 2.20.

Bjerre bekennt sich zu keiner bestimmten psychotherapeutischen Richtung. Er spricht in sehr loser Form über mancherlei Probleme der Psychoanalyse und wendet sich besonders gegen die Wunschtheorie Freuds in der Analyse der Träume. So sehr man ihm zustimmen kann, wenn er die Willkürlichkeit mancher Theorien tadelt, so sehr wendet sich der gleiche Vorwurf gegen ihn selbst, wenn er neue Theorien aufstellt: Der Traum sei das Leben in seiner Gesamtheit, gesehen von einem, dem Individuum gerade wesentlichen Standpunkt. Er sei ein Lebensbild, eine Art Lebensbeleuchtung, ein Lebenseinsatz, und schaffe eine geistige Erneuerung. Das sei seine psychosynthetische Bedeutung. — Die Grundtendenz der ganzen Studie, deren Sinn im einzelnen wegen der mangelhaften Übersetzung oft unklar bleibt, wendet sich gegen die „Mechanismen", die in Freuds Lehre stecken, und betont (teilweise im Anschluß an Jung und Maeder) die zweck- und zielmäßige Orientierung. Man dürfe mit der Analyse nicht haltmachen, sondern müsse weiterhin aufbauen. *Gruhle.*

Del Greco, Fr.: Sui limiti della psico-analisi in medicina mentale. (Über die Grenzen der Psychoanalyse in der Psychiatrie.) (*Osp. psichiatr. prov., Aquila.*) Note e riv. di psichiatr. Bd. 13, Nr. 3, S. 481—492. 1925.

Maßvolle Kritik der Anwendung der Psychoanalyse auf Geisteskranke und Grenzfälle. Schon die Neurosenbehandlung mit psychoanalytischer Methode stoße bei den lateinischen

Digitized by Google

Völkern des Südens auf Schwierigkeiten, weil männlicher Stolz und weibliche Schamhaftigkeit der Erörterung sexueller Komplexe entgegenstünden (? der Ref.). Was aber den Geisteskranken anlangt, so fehle ihm jener ideelle Überbau, jene bewußte Energie der moralischen Gefühle und Tendenzen, die die Voraussetzung der Sublimierung seien. Aufgabe einer Psychotherapie von Psychosen wäre es, auf den Trümmern der zerstörten sozialen Persönlichkeit eine neue aufzubauen. Die Erweckung im Unbewußten schlummernder sexueller Komplexe sei kaum das geeignete Mittel dazu. *Erwin Wexberg* (Wien).

Bychowski, Gustaw: Psychoanalytische Momente bei Psychosen. Warszawskie czasopismo lekarskie Jg. 2, Nr. 8, S. 340—342. 1925. (Polnisch.)

5 nach Freud psychoanalysierte Fälle von Psychosen (21, 22, 25, 34, 55 Jahren) mit reichlicher anal-urethraler Erotik. Die Analyse soll das Substrat der pathoplastischen Bilder, gleichzeitig die Genese und Dynamik der Halluzinationen und Illusionen klarmachen. „Die psychoanalytische Vertiefung dürfte die Synthese erleichtern der psychischen Momente und biologischen Faktoren, die bei Mitwirkung der Konstitution, der Erlebnisse und der exogenen Einflüsse das Bild der Psychose zu schaffen helfen" (vgl. dies. Zentrlbl. 42, 800). *Higier* (Warschau).

Maeder, A.: Régulation psychique et guérison, (Seelische Steuerung und Heilung.) Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 16, H. 2, S. 198—224. 1925.

In dem Jung zum 50. Geburtstag gewidmeten Aufsatz versucht Maeder die Grundgedanken der Psychoanalyse dieses Autors in einen weiteren naturphilosophischen Zusammenhang einzureihen. Nach einleitenden Bemerkungen über Umwelt und teleologische Biologie knüpft M. an die Formen der Steuerung bei Roux, Driesch und v. Monakow an und wendet die ursprünglich biologisch gedachten Begriffe ins Psychologische. Es ergeben sich 3 Formen steuernder Tendenzen: erhaltende, wiederherstellende und richtunggebende. Ihre Wirksamkeit bei der Entstehung und der Heilung der Neurose wird im einzelnen durchgeführt, wobei sich manche neuartigen Gesichtspunkte der Einordnung psychoanalytischer Theorien ergeben. Aber, wie so häufig bei teleologisch orientierter Naturbetrachtung, bleibt die Fruchtbarkeit einer solchen Deutung zweifelhaft. *W. Mayer-Groß* (Heidelberg).

Therapie.

Dreyfus, G. L.: Erfahrungen mit alten und neuen Schlafmitteln. (*Städt. Krankenh., Frankfurt a. M.*) Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 51, S. 2448—2453. 1925.

Wenn irgend möglich, gebe man nie länger als 2—3 Tage hintereinander das gleiche Schlafmittel. Immer sorge man für Diurese und Stuhlgang. Verf. geht die einzelnen Schlafmittel durch. *Kurt Mendel.*

Goldstein, Manfred: Somnervin, ein neues Sedativum und Nervinum. Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 52, S. 2518—2519. 1925.

Somnervin (Dr. Oehlmann Nachf. zu Magdeburg) besteht aus Fol. Aurant., Meliss., Trifol., Bigar., Flor. Lupul., Herb. Veronic., Fructus Cynosbat und Rad. Valer. Es wird in Form von Tee und Pillen hergestellt. Somnervin wirkt beruhigend und schlaferzeugend. Keine Kumulation, Gewöhnung oder Abstumpfung. Evtl. Kombination mit Pyramidon oder Paracodin. Dosis: 1—2 Tassen Tee oder 3 Pillen. Als Sedativum 3 mal tgl. 1 Tasse Tee oder 1—2 Pillen. Besonders bewährt bei leichten seelischen Depressionszuständen, bei Phobien und Angstgefühlen, ferner bei Organneurosen und Ausfallserscheinungen nervöser Art. Somnervin ist dazu angetan, den weit verbreiteten Mißbrauch mit differenten Schlaf- und Beruhigungsmitteln einzudämmen. *Kurt Mendel.*

Vagedes, W.: Über „Medinal zur Injektion". (*Hertzsche Kuranst., Bonn.*) Med. Klinik Jg. 22, Nr. 4, S. 142—143. 1926.

„Medinal zur Injektion" (10 proz. Lösung mit Zusatz von 0,16% Novocain in Ampullen zu 5 ccm; E. Schering) wurde bei 26 Patienten angewandt. Fälle von leichten Schlafstörungen geben keine Indikation für die Anwendung des Mittels. Bei mittelschweren und schweren Schlafstörungen ist die Dosis von 1,0 g erforderlich. Gute Resultate auch bei psychotischen Erregungszuständen, insbesondere bei manisch erregten Patienten und bei Morphiumentziehungskuren. Schwer zu beeinflussen war

Digitized by Google

die Agrypnie bei Melancholie und Paralyse. Der Schlaf tritt relativ spät ein, ist dann aber tief. Keine Neben- oder Nachwirkungen. *Kurt Mendel.*

Jackson, D. E., and Louis A. Lurie: Experimental and clinical observations on the actions and therapeutic uses of ethylisopropylbarbituric. (Experimentelle und klinische Beobachtungen über die Wirkung und den therapeutischen Gebrauch der Äthylisopropylbarbitursäure.) (*Med. dep., univ. a. jewish hosp., Cincinnati.*) Journ. of laborat. a. clin. med. Bd. **11**, Nr. 2, S. 116—122. 1925.

Der in der Überschrift genannte Abkömmling der Barbitursäure wurde in zahlreichen Fällen in einer Dosis von 3,5—6 g zahlreichen Patienten als Schlafmittel gegeben. Es erwies sich als besonders wirksam bei Neurasthenikern, da es über die erste Nacht hinaus als Sedativum wirkt und auch noch in der nächsten Nacht Schlaf macht. *Guttmann* (München).

Ostmann: Klinische Studien über die Wirkungen des Tetrophans. (*Landesheilanst., Schleswig.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 49, S. 2030—2031. 1925.

Verf. bestätigt im wesentlichen die Angaben O. Foersters (vgl. dies. Zentrlbl. **41**, 52) über die Wirkung des Tetrophans. Auch er fand bei Tabikern klinisch Besserung der Gehfähigkeit, subjektives Besserungsgefühl der Patienten, Verminderung aller durch die Störung der Oberflächen- und Tiefensensibilität bedingten Ausfallserscheinungen, also Hebung der Berührungsempfindung für alle Qualitäten, Nachlassen der Ataxie, der Lagegefühlsstörungen, Verminderung der Hypotonie der Muskulatur. Durch fortgesetzte Messungen konnte auch eine Zunahme des Umfangs der Extremitäten festgestellt werden. Alle diese Besserungen hielten nur an, solange Tetrophan verabreicht wurde. Auch Verf. beobachtete bei allen Fällen von Tabes dorsalis, die schon vorher an lanzinierenden Schmerzen litten, eine Zunahme derselben unter Tetrophangaben. Auf Grund seiner Beobachtungen und der Untersuchungen Pohls glaubt Verf., der Angriffspunkt des Tetrophans sei der Muskel bzw. der periphere Nerv, im Gegensatz zu Foerster (vgl. auch Arinstein: dies. Zentrlbl. **41**, 730 u. **42**, 240). Neben den Versuchen bei Patienten mit Störungen der zentripetalen, sensiblen Bahnen gab Verf. das Mittel, das nach ihm auch eine deutliche blutdrucksteigernde Wirkung zeigt, 2 alten Apoplektikern, die ohne Erfolg bisher 1—2 Jahre behandelt waren, und sah bei Gaben von täglich 2 mal 0,05 Abnahme der Spastizität, unter Verminderung der Oberflächen- und Tiefensensibilitätsstörungen. Verf. empfiehlt das Mittel. *Otto Schwab* (Breslau).

Meyer, Erich: Über die therapeutische Anwendung intravenöser Traubenzuckerlösungen. I. Einleitende Bemerkungen zu den Arbeiten von Handovsky, Wichels und A. J. Weil. (*Med. Klin., Univ. Göttingen.*) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. **102**, H. 4/5, S. 343—346. 1925.

Zur Bekämpfung spastischer Zustände im Gefäßsystem sowie als Verdünnungsmittel bei der intravenösen Injektion pharmakologischer Stoffe (Strophanthin, Digipurat, Euphyllin) wurden Traubenzuckerlösungen von 10—20% (10—20 ccm) intravenös injiziert. Wie Verf. früher zeigte, wird hierbei die Anspruchsfähigkeit der Gefäße durch die Veränderung der Plasmakolloide verändert, besonders durch die Lösung eines Teils des Cholesterins aus seinen Bindungen. Unangenehme Nebenwirkungen in Form von Frösteln traten nur außerordentlich selten auf. Hauptanwendungsgebiet der intravenösen Traubenzuckerinjektion ist die Angina pectoris, nicht als Therapie des Anfalls, sondern als vorbeugende Maßnahme. Gute Erfolge auch bei intermittierendem Hinken. Keine günstigen Erfolge bei Angioneurosen. Auch bei Diabetikern mit Hypertonie günstige Beeinflussung von Angina pectoris-Beschwerden. *Erna Ball.*

Handovsky, Hans: Über die therapeutische Anwendung intravenöser Traubenzuckerlösungen. II. Experimentelle Untersuchungen über die spasmolytische Wirkung des Traubenzuckers. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. **102**, H. 4/5, S. 347—351. 1925.

Es wurde untersucht, ob die klinisch erprobten spasmolytischen Wirkungen des intravenös injizierten Traubenzuckers speziell auf die Coronargefäße sich auch im Tierexperiment finden lassen und unter welchen Bedingungen dies der Fall ist. Als Testobjekte wurden 16 mal isolierte Kalbsherzen, 4 mal Kaninchenherzen benutzt, als

Digitized by Google

normale Durchströmungsflüssigkeit Säugetierringer. Traubenzuckerzusatz zur Ringerschen Lösung bis zu einer Konzentration von 1 : 50 hatte keine Wirkung auf die Durchströmungsgeschwindigkeit. Blutsera bewirkten stets eine sehr heftige Kontraktion der Kranzgefäße bis zum vollständigen Aufhören des Durchflusses. Traubenzucker ist in Konzentrationen 1 : 250 bis 1 : 500 imstande, die vasoconstringierende Wirkung mancher Sera aufzuheben, besonders trat dies bei Sera von Menschen mit genuiner Hypertonie ein. Demnach ist zum Zustandekommen der spasmolytischen Wirkung des Traubenzuckers am isolierten Gefäßapparat das System: Blutserum-Gewebe-Traubenzucker nötig. Für die Wirkung eine Veränderung des Blutserums als notwenig anzunehmen, lag nahe. Verf. konnte mittels einer von ihm ausgearbeiteten Ausschüttelungsmethode nachweisen, daß durch die Injektion kleiner krystalloider Substanzen eine Veränderung im Zustand des Cholesterins zustande kommt. Für das Zustandekommen der spasmolytischen Traubenzuckerwirkung ist die Labilität des Zustandes des Cholesterins, wahrscheinlich des Serums überhaupt, notwendig.

Erna Ball (Berlin).

Wichels, Paul: Über die therapeutische Anwendung intravenöser Traubenzuckerlösungen. III. Über die Wirkung kleiner Mengen krystalloider Stoffe, insbesondere des Traubenzuckers auf Blutdruck und Blutbild. (*Med. Klin., Univ. Göttingen.*) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. **102**, H. 4/5, S. 352—356. 1925.

An 88 Patienten wurde die Wirkung intravenöser Traubenzuckerinjektionen und teilweise zum Vergleich die Wirkung von Lävulose und Kochsalzinjektionen in bezug auf den Blutdruck und die Leukocytenwerte untersucht. Bei 26 Patienten mit essentieller Hypertonie führten Traubenzuckerinjektionen 21 mal eine ausgesprochene Senkung des Blutdrucks herbei, die zwischen 20 und 60 mm Hg schwankte. Die Reaktion auf Lävulose war qualitativ gleich, quantitativ geringer, wesentlich geringer noch war der Einfluß der Kochsalzinjektion. Das Maximum der Senkung wurde meist 2—3 Stunden nach der Injektion erreicht. Bei 10 Kranken mit Schrumpfniere konnte keine Senkung des Blutdrucks erzielt werden, ebenso keine Wirkung auf den normalen Blutdruck. Bei normalem wie gesteigertem Blutdruck trat im Anschluß an die verschiedenen Injektionen ein im Mittel 3000 Leukocyten umfassender Leukocytensturz ein, dabei trat eine relative Vermehrung der Lymphocyten ein. Durch Atropinisierung des Patienten konnte der Leukocytensturz aufgehalten werden. Hiernach ist es wahrscheinlich, daß die therapeutische Wirkung der Traubenzuckerinjektionen auf eine Beeinflussung des autonomen Systems zurückzuführen ist. Diese kommt wahrscheinlich zustande durch die Veränderung des Kolloidgefüges des Blutes bei Zusatz des Traubenzuckers zum Serum, wie sie von Meyer und Handovsky nachgewiesen wurde.

Erna Ball (Berlin).

Weil, Alfred Julius: Über die therapeutische Anwendung intravenöser Traubenzuckerlösungen. IV. Über die Wirkung intravenöser Traubenzuckerinjektionen auf das Capillarbild. (*Med. Univ.-Klin., Göttingen.*) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. **102**, H. 4/5, S. 357—368. 1925.

Capillarmikroskopische Untersuchungen bei 36 Patienten vor und nach intravenösen Traubenzuckerinjektionen. Geachtet wurde auf die Färbung des Untergrundes, die Zahl, Größe, Form und Farbe der Capillaren sowie auf die Art der Durchströmung. Bei Normalen traten keine Veränderungen auf, die nicht auch ohne Injektion gelegentlich zur Beobachtung kamen. Bei essentieller Hypertonie (9 Fälle) war das Capillarbild vor der Injektion in erster Linie durch die Enge der arteriellen Capillarschenkel charakterisiert. Häufig war Verschwinden und Wiedersichtbarwerden von arteriellen Schenkeln zu beobachten; dazu kamen Unregelmäßigkeiten der Durchströmung, große Ungleichheiten der Capillaren untereinander und (in 6 Fällen) unregelmäßige Formen. Nach Traubenzuckerinjektion kam mit großer Regelmäßigkeit ein Weiterwerden der arteriellen Schenkel und eine Veränderung der Strömung im Sinne größerer Regelmäßigkeit und durchschnittlich größerer Geschwindigkeit zur

Digitized by Google

Beobachtung. Dabei ging die Erweiterung der arteriellen Schenkel der gleichzeitig beobachteten Blutdrucksenkung voraus. 4 Fälle von Schrumpfnierekranken ließen nach Injektion eine deutliche Besserung der Capillardurchströmung erkennen. Hypertonien, die mit schwerer Arteriosklerose einhergehen, scheinen der Traubenzuckerwirkung weniger zugänglich zu sein. Bei 4 Fällen schwerer Vasoneurose wurden eindeutige Resultate nicht erzielt. *Erna Ball* (Berlin).

● **Melchior, Eduard: Grundriß der allgemeinen Chirurgie. Mit einer Einführung v. H. Küttner. 2. Aufl.** München: J. F. Bergmann 1925. XI, 496 S. RM. 12.50.

Das vorliegende Buch hat für den Neurologen Interesse in den Kapiteln, welche sich mit der zentralen und peripheren Anästhesie beschäftigen, besonders in den Abschnitten, die die physikalische und chemische Anästhesie betreffen. Auch die Ausführungen, die Melchior über Aktinomykose, über die Ostitis fibrosa und über die Gelenkerkrankungen (syphilitische Gelenkerkrankungen) macht, verdienen das Interesse des Nervenarztes. Das Auffinden der einzelnen Punkte wird durch ein sehr ausführliches Sachregister erleichtert. *Paul Schuster* (Berlin).

● **Borchers, Eduard: Allgemeine und spezielle Chirurgie des Kopfes einschließlich Operationslehre. Unter besonderer Berücksichtigung des Gesichts, der Kiefer und der Mundhöhle. Ein Lehrbuch.** Berlin: Julius Springer 1926. VIII, 382 S. RM. 54.—.

Ursprünglich war das Buch ausschließlich für den Gebrauch von Zahnärzten geplant. Dem entsprechend sind die zahnärztlichen Teile mit besonderer Liebe und Sorgfalt behandelt. Im Laufe der Bearbeitung schien es dem Verf. aber zweckmäßig, die wichtigsten chirurgischen Krankheiten des ganzen Kopfes (mit Ausnahme des Gehirns) zusammenfassend darzustellen. Es ist ihm das in kurzer, klarer Form ausgezeichnet gelungen. Sehr erleichtert wird dem Anfänger das Verständnis durch eine Fülle sehr guter, teils farbiger Abbildungen. Den Schluß bildet eine kurze Übersicht über die Methoden der allgemeinen und örtlichen Betäubung, sowie eine Darstellung der praktisch wichtigsten Operationsmethoden. Als Einführung in die Chirurgie des Kopfes für Studenten und junge Ärzte ist das Buch von Borchers unbedingt zu begrüßen und zu empfehlen. Die Ausstattung ist mustergültig. *Wolfsohn* (Berlin).

Martynov, A.: Ergebnisse und Aufgaben der Chirurgie des Zentralnervensystems. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884 bis 1924, S. 897—908. 1925. (Russisch.)

Zum Referat nicht geeignete Vorlesung über das obige Thema, in der der Verf. auf die Schwierigkeit der Operationen des Zentralnervensystems, der Nachbehandlung und auf die geringe Zahl der Dauererfolge hinweist. *Bresowsky* (Dorpat).

Bufalini, Maurizio: La plastica cranica con lembi osteo-periostei tibiali a sezione tangenziale discontinua. (Ricerche sperimentali.) (Die Schädelplastik mit Knochen-Periostlappen von der Tibia, gewonnen durch tangentialen diskontinuierlichen Schnitt.) (*Clin. chir. gen., univ., Pisa.*) Arch. ital. di chir. Bd. **12**, S. 529—554. 1925.

Die Deckung von Schädeldefekten durch gestielten Lappen von der Schädeldecke hat folgende Nachteile: 1. Gefahr des Schocks; 2. die Schaffung einer breiten blutenden Fläche, Schwierigkeit der Blutstillung und Infektionsgefahr; 3. technische Schwierigkeit infolge der Beschaffenheit der Schädelknochen; 4. ungünstiger ästhetischer Effekt. Bei der üblichen Lappenplastik von der Tibia kommen als Nachteile die Starrheit des Knochenstücks, die technische Schwierigkeit seiner Gewinnung und die Schwächung der Tibia in Betracht. Nun wurde von Righetti für den gestielten Lappen von der Schädeldecke, von Delagenière für die Tibia ein Verfahren empfohlen, das darin besteht, daß eine ganz dünne Knochenlamelle, zusammen mit dem Periost, durch tangentiale Schnitte, vielfach frakturiert, gewonnen wird, und daß nun diese durch Periost zusammengehaltenen Knochenteilchen, die sich der Schädelwölbung vollkommen anpassen, überpflanzt werden. Der Autor hat nun die Methode von Delagenière im Tierexperiment histologisch nachgeprüft und sie als vollkommen geeignet zur Deckung experimentell erzeugter Schädeldefekte gefunden. Die Lappen passen sich vollkommen der Schädelwölbung an. Ob sie brückenartig über den Defekt gelegt oder am Grunde der Lücke direkt auf die Dura verpflanzt werden, ist für das Ergebnis gleichgültig. Die histologischen Befunde bestätigen die Ansicht der meisten Autoren,

Digitized by Google

daß das überpflanzte Knochengewebe resorbiert und durch neugebildeten Knochen ersetzt wird. Dieser neugebildete Knochen weist im Gegensatz zu dem ursprünglichen Implantat außerordentlich reiche Vascularisation auf. *Erwin Wexberg* (Wien).

Olivecrona, Herbert: Remarks on local anaesthesia in intracranial operations with special reference to albromin as a substitute for novocaine. (Bemerkungen zur örtlichen Betäubung bei intrakraniellen Eingriffen mit besonderer Berücksichtigung des Albromins als Ersatz für Novocain.) (*Serafimerhosp., Stockholm.*) Acta chir. scandinav. Bd. **59**, H. 6, S. 552—563. 1926.

Da die örtliche Betäubung mit 60—70 ccm 1 proz. Novocainlösung meist nach 1—2 St. schwindet, die Hirneingriffe, besonders die am Kleinhirn, aber in der Regel 3—4 St. dauern, so wird Verwendung der $^1/_2$ proz. Albrominlösung, angegeben vom Zahnarzt Eckermann-Malmö, empfohlen. Dieses Präparat ist in $^1/_2$ proz. Lösung ebenso wirksam wie 2 proz. Novocainlösung, kann beliebig lange sterilisiert werden und hält sich, wenn vor Licht geschützt, bis zu 2 Jahren. Die toxische Wirkung ist gering, bisweilen wurde über Übelkeit hinterher geklagt. Dauer der Anästhesie $3^1/_2$ St. Bei allen Eingriffen am Gehirn verdient dieses Präparat anderen vorgezogen zu werden. *E. Heymann* (Berlin).

Rubaszev, S.: Die theoretische Begründung der periarteriellen Sympathektomie. Novaja chirurgija Jg. **1925**, Nr. 6, S. 767—777. 1925. (Russisch.)

Verf. sucht sich mit der neuesten experimentellen Literatur der sympathischen Gefäßbahnen auseinanderzusetzen. Er leugnet zunächst die Beweiskraft der Wiedhopfschen Versuche über die Anwesenheit langer autonomer Gefäßnerven. 1. Die periarterielle Sympathektomie hat zweifellos große therapeutische Effekte aufzuweisen. 2. Die Läwen-Lehmannsche Theorie ist zurückzuweisen, a) da der Regenerationsprozeß nach der Sympathektomie nicht imstande ist, einen solch ausgedehnten reflektorischen Akt zu verursachen, wie es die nachfolgende diffuse Hyperämie der Extremität ist; 2. letztere stellt sich viel zu früh ein, als daß sie als Folge der Nervenregeneration aufgefaßt werden könnte; c) zwischen dem Grade der Hyperämie und dem der Regeneration besteht keine Proportion, d) diese Theorie läßt manche sonstige Symptome unerklärt. 3. Die segmentale Innervation von benachbarten Nervenstämmen schließt keineswegs gleichzeitige Innervation durch sympathische periarterielle Ganglien aus. 4. Der periarterielle sympathische Nervenapparat ist durchaus nicht ein vasoconstrictorischer im engeren Sinne des Wortes, er unterhält nur einen bestimmten Gefäßtonus. Nur bei pathologisch gesteigertem Reizungszustand am periarteriellen System tritt der hyperämische Effekt besonders intensiv auf. Das periarterielle System bekommt seine Impulse von verschiedenen Stellen her, u. a. auch vom peripheren Nervensystem. Außer den zentrifugalen existieren wahrscheinlich zentripetale periarterielle Gefäßbahnen, die das Zentrum über den Gefäßtonus informieren. Bei Gefäßmuskelspasmen resp. bei Gefäßnervenentzündung entstehen eigenartige Schmerzempfindungen, die bei der Sympathektomie ebenfalls zum Schwinden gebracht werden. In diesen Nervenfasern finden sich möglicherweise auch solche trophischer Natur, und der trophische Effekt dürfte somit nicht bloß Gefäßmomenten zugeschrieben werden. Die Auffassung des Verf. scheint nicht ganz originell zu sein. Jedenfalls hat sie Ref. schon im Jahre 1901 vertreten (Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1901), als er bei Besprechung des intermittierenden Hinkens und der sog. spontanen Gangrän bei Endarteriitis obliterans zum erstenmal seine periarterielle Sympathektomie empfohlen hat. *Higier* (Warschau).

Hirsch, L.: Über den feineren Bau der Nerven der großen Extremitätengefäße. Ein Beitrag zur Frage der periarteriellen Sympathektomie. (*Anat. Inst., Univ. Würzburg.*) Arch. f. klin. Chir. Bd. **139**, H. 1, S. 225—239. 1926.

Untersucht wurden die Schenkelgefäße bis einjähriger Kinder nach Bielschowsky und Gross. Ein Anhalt für das Bestehen von durchgehenden Nervenbahnen entlang der Gefäße ergab sich weder bei präparatorischem Vorgehen noch bei histologischer Untersuchung. In die Adventitia treten markhaltige und marklose Nerven ein. Ein zusammenhängendes Netz von Nervenfasern findet sich nirgends in der Adventitia, vielmehr tauschen die meist in der Längsrichtung verlaufenden Nerven nur einzelne,

Digitized by Google

schräg gerichtete Fasern aus. Besonders dicht sind die Fasern um die Vasa vasorum. Doch scheint ein großer Teil von ihnen letztere nur zu begleiten, um sie später wieder zu verlassen. Das gleiche gilt für die Capillaren der Adventitia. In den großen Venen sind die marklosen Fasern in den tiefen Schichten spärlicher, sonst verhalten Venen und Arterien sich gleich. Ein wirkliches Nervennetz markloser Fasern findet sich nur in der Media, und zwar der Ringmuscularis aufliegend; innerhalb der letzteren fand Verf. — im Gegensatz zu anders lautenden Angaben — nie Fibrillen, insbesondere auch nichts, was als Nervenendigungen an Muskelfasern hätte gedeutet werden dürfen. Ganglienzellen, wie sie physiologische Erfahrungen fordern würden, fanden sich nicht in der Gefäßwand, dagegen, z. T. recht zahlreiche, Nervenapparate, an die eine markhaltige Nervenfaser herantritt, und zwar handelt es sich teils um kapsellose Nervenaufsplitterungen und -schlingen, in allen Schichten der Adventitia vorkommend, teils um solche mit Kapsel, nur in den äußeren Partien, entsprechend Krauseschen Kolben und Vater-Pacinischen Körperchen. Zu diesen eingekapselten Körperchen ziehen außer den markhaltigen auch marklose Fasern, die vorher die Vasa vasorum begleitet haben. Receptive Organe sind also nur in der Adventitia vorhanden; die Reizaufnahme wird offenbar durch die Vasavasorum vermittelt. Die gesamten Ergebnisse vermögen keinerlei Erklärung für die Wirksamkeit der „Sympathektomie" zu geben. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Vilardell, J.-M.: Sympathicectomie périartérielle. (Periarterielle Sympathicektomie.) (*Hôp. de la Santa-Creu, Barcelone.*) Presse méd. Jg. **34**, Nr. 11, S. 162. 1926.

20jährige Frau zerschnitt sich an einer Glasscheibe den N. ulnaris am Oberarm. Heilung p. sekund. Einige Wochen später am kleinen Finger Bläschenbildung mit hämorrhagischem Inhalt, die eintrockneten und sich in große schwärzliche Geschwüre umwandelten. Nach Naht des N. ulnaris vorübergehende Heilung der Ulcera in 20 Tagen. Nach einigen Wochen plötzlich Gangrän des kleinen Fingers und ausgedehnte brandige Ulceration der Kleinfingerseite der Hand. Nach periarterieller Sympathicektomie der A. brachialis im mittleren Drittel setzte eine schnell fortschreitende Heilung aller Geschwürsflächen ein. Noch nach 2 Jahren vollkommen gesund. Während des Eingriffes stellte sich die Arterie als ein dünner pulsloser Faden dar. 6 Stunden später war Pulsschlag an der A. radialis nachweisbar. Zugleich stellte sich in dem kranken Bezirk Wärmegefühl ein. *E. Heymann* (Berlin).

Colmers: Die bisherigen Ergebnisse der Chirurgie des Phrenicus und des Sympathicus. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 52, S. 2143—2145. 1925.

Die Exhairese des N. phrenicus nach Felix als Voroperation der Thorakoplastik und als besonderer Eingriff bei unstillbarem Singultus führt eine vollkommene Lähmung einer Zwerchfellhälfte herbei. Sie ist einfacher durchzuführen als Goetzes radikale Phrenicotomie, bei der neben dem Hauptstamm die subklavischen Nebenwurzeln entfernt werden. Die Resektion der N. sympathicus wird beim Basedow und bei Epilepsie ausgeführt. Doch lehnen insbesondere deutsche Chirurgen diese Anzeige ab. Bei Angina pectoris sind günstige Erfolge erzielt worden, wenn mit der Resektion des N. sympathicus die Exstirpation des Plexus carotideus und die Ausschälung der A. vertebralis nach Brüning angeschlossen wird. Bei Asthma bronchiale (Kümmell) sind die Ergebnisse unsicher. Die periarterielle Sympathektomie ist bei allen vasomotorisch-trophischen Störungen, auch bei Lepra, angezeigt. Doch sind auch hier die Dauererfolge durchaus unsicher. v. Gazas Durchschneidung der Rami communicantes gegen Eingeweideschmerzen ist von Leriche 3mal mit Erfolg vorgenommen worden. *E. Heymann* (Berlin).

Seelig, M. G.: Surgical treatment of angina pectoris. (Chirurgische Behandlung der Angina pectoris.) (*Jewish hosp., St. Louis.*) Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 5, S. 1365—1368. 1925.

Anfälle von furchtbaren Präkordialschmerzen, oft tagelang andauernd, charakterisierten das Krankheitsbild bei einer sonst wohlkonservierten Frau; bei einem 2. Fall eines Mannes, der schon einige Jahre unter Beobachtung stand, war wohl zuunrecht eine Thrombose der Coronararterie angenommen worden. Die elektrokardiographische Kurve zeigte allerlei Abweichungen von der normalen Wellenfigur, aber die physikalische Untersuchung ergab keinen Anhalt für eine organische Störung. Taussig und der Verf. entschlossen sich zur Entfernung

Digitized by Google

des cervicalen Teils genau von der Stelle über dem Ganglion superior bis unterhalb des mittleren Ganglions. Jonescus klassische Operation schließt das Ganglion inferior ein, dessen Elimination den Operateuren nicht gerechtfertigt schien. Überhaupt stehen sie dem komplizierten Problem mit gebotener Zurückhaltung gegenüber. In Lokalanästhesie wird das Gefäßbündel freigelegt, an dessen hinterer Fläche es — nicht immer leicht — zu finden ist. Zur Vermeidung unliebsamer Verwechselungen mit dem Vagus darf die Verlangsamung der Herzschläge auf Druck nur mit Vorsicht geübt werden mit Rücksicht auf die Recurrensfasern, um keine üble Stimmstörung nach diesem Versuch zu bekommen. Elektrische Probereizung wäre vorzuziehen. Auch bei der vorgeführten Operation wurde der erst freigelegte Nerv so als der Vagus erkannt und der Sympathicus erst danach auf der hinteren Wand der Gefäßscheide der Carotis und der Jugularis interna gefunden. Jetzt blieb der Probedruck auf das Ganglion mediale ohne Wirkung auf den Puls. Sorgfältige stumpfe Präparation, beginnend unter dem mittleren Ganglion und den Stamm als Führung benutzend, nach oben bis das Ganglion superior in Sicht kommt. Abtrennung der Branchi cardiaci, die von dessen unteren Teil kommen und nach unten und vorn verlaufen. Die linke Pupille ist deutlich kontrahiert, die linke Gesichtshälfte mäßig injiziert; später hat man mit einer leichten Verengerung der Fissura palpebralis mit Enophthalmus und herabgesetzter Spannung des Augapfels zu rechnen. — Genau dasselbe Bild, also das Hornersche Syndrom entstand in dem anderen Falle p. o. Bei der Patientin schwanden die Anfälle dauernd und restlos. Der männliche Patient blieb gänzlich ungebessert.

Theodor S. Flatau (Berlin).

Kuré, Ken, Morimassa Tsuji und Shigeoki Hatano: Die Muskeldystrophie nach der Exstirpation des Halssympathicus. (*Med. Klin., kais. Univ. Tokyo.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 48, H. 3/5, S. 625—630. 1926.

Verff. haben 5 Fälle von Halssympathicusexstirpation beobachtet und dabei in allen Fällen eine gewisse Hypotonie der entsprechenden Gesichts- bzw. Schulter- und Armmuskulatur festgestellt. In 2 Fällen haben sie deutliche Atrophie der Muskeln des betreffenden Gebiets gefunden, davon in 1 Falle auch histologisch ein dystrophisches Bild festgestellt. Die verschieden starke Ausprägung der Dystrophie in den einzelnen Fällen führen Verff. vermutungsweise auf die mehr oder minder vollständige Kompensation der parasympathischen, trophischen Innervation der betreffenden Muskeln zurück.

Bei dem ausgeprägtesten Falle handelt es sich um einen 47jährigen Mann, dessen linker Halssympathicus wegen schwerem Asthma bronchiale vom Ganglion cervicale superius bis zum Ganglion stellatum vollständig exstirpiert wurde. Am 28. Tage nach der Operation fand sich leichte Atonie der linken Wange, deutliche Atonie des Sternocleido, Herabsetzung der Rigidität und der Sehnenreflexe am linken Arm. 50 Tage nach der Operation starkes Ermüdungsgefühl in den linken Schultermuskeln nach Heben von Lasten. 107 Tage nach der Operation deutliche Tonusherabsetzung der linken Gesichts- und Zungenmuskeln, Atrophie des Sternocleido, Trapezius, Pectoralis major, Andeutung von Scapula allata. Nirgends EaR. oder fibrilläre Zuckungen, herabgesetzte elektrische Erregbarkeit in den betroffenen Muskeln. Keine Atrophie der Vorderarm- und Handmuskulatur. *Max Grünthal* (Berlin).

Henderson, D. K.: Occupational therapy. (Beschäftigungstherapie.) (*Roy. ment. hosp., Glasgow.*) Occupat. therapy a. rehabilitation Bd. 4, Nr. 1, S. 7—16. 1925.

Thomson, A. G. W.: Occupational therapy. (*Roy. ment. hosp., Glasgow.*) Occupat. therapy a. rehabilitation Bd. 4, Nr. 1, S. 17—26. 1925.

Robertson, Dorothea: Occupational therapy. (*Roy. ment. hosp., Glasgow.*) Occupat. therapy a. rehabilitation Bd. 4, Nr. 1, S. 27—33. 1925.

Brodie, Elizabeth: Occupational therapy. (*Roy. ment. hosp., Glasgow.*) Occupat. therapy a. rehabilitation Bd. 4, Nr. 1, S. 35—36. 1925.

4 Vorträge über die Geschichte, Einrichtung und den Wert von besonderen Beschäftigungsabteilungen. Henderson teilt aus alten Berichten der Irrenanstalt Glasgow mit, daß schon seit 1814 die Beschäftigung als Heilmittel angesehen wurde. 1819 wurde Gottesdient eingeführt. Später wurden Werkstätten eingerichtet, so daß die Patienten sich regelmäßig als Weber, Schneider, Schuhmacher, Zimmermann und Sattler oder mit Nähen, Stricken, Spinnen, Binden und Waschen beschäftigen konnten. Allmählich trat aber die Beschäftigungstherapie in den Hintergrund, wohl, weil sie vom Standpunkt des Nutzens und der Ersparnis und erst in letzter Linie als Heilmaßnahme angesehen wurde. Die Beschäftigungsversuche 1898 wurden nicht ernsthaft durchgeführt, während in den Vereinigten Staaten jede Irrenanstalt eine Beschäfti-

Digitized by Google

gungsabteilung mit besonderem Personal hatte. Seit 1919 erst wurden wieder an der Anstalt Beschäftigungsversuche gemacht. Der wohltätige Einfluß der Arbeit, der in den Hilfsschulen, Fürsorgeanstalten und Gefängnissen und auch im Kriege an den lazarettkranken Soldaten beobachtet wurde, zeigte sich auch in den Irrenanstalten, so daß die besondere Beschäftigungstherapie als wichtige Behandlungsart gepflegt werden müsse. Thomson betont, daß mit Beschäftigungstherapie nicht die häusliche Hilfe im Rahmen der Anstalt gemeint sei, sondern nur die Arbeit als reine Heilmaßnahme. Th. schildert eine Anzahl Fälle, bei denen die Beschäftigung zweifellos bessernd eingewirkt habe. Neben der Arbeit spiele noch die Abwechslung im täglichen Anstaltsleben und in der Arbeit und das Beispiel der Arbeitenden eine große Rolle. Er betrachte die Beschäftigungstherapie als die wichtigste Behandlung. Robertson gibt einen Einblick in die Arbeitsweise. Die Kranken kämen vormittags und nachmittags auf 1 bis $1^1/_2$ Stunden in die Abteilung. Hier würde gestrickt, bunt gestickt, auf Porzellan gemalt auf oder unter Glasur, mit Lehm modelliert, Stuhlsitze, Möbel und Teppiche geflochten und kleine Metallarbeiten gemacht. Die Arbeiten bewirkten Interesse, Stolz, und Selbstvertrauen. Manche Patienten nähmen ihre Arbeit mit auf die Station zur Weiterarbeit. Das, was die Patienten geschaffen hätten, könnten sie gegen Bezahlung der Materialkosten mitnehmen, sonst werde es verkauft und dafür neues Material beschafft. Die Arbeitsstunden würden durch eine Spielpause unterbrochen, die allseitig Interesse und Freude bewirke. Brodie führt aus, daß die Arbeit in den Anstalten mehr als Heilmaßnahme denn als Sparmaßnahme anzusehen sei. Jedoch dürfe die Stationsarbeit nicht zu kurz kommen. Die Kleidung der Pflege- und Hausangestellten z. B. sei mit Hilfe der Patienten auf den Stationen gemacht. Die Kenntnisse der verschiedenen Beschäftigungen, die durch Lehrer übermittelt würden, seien auch für das Pflegepersonal äußerst wertvoll. Den Patienten würde für ihre Arbeit keine Bezahlung gewährt, doch erhielten die Männer Tabak und die Frauen Tee und Süßigkeiten. *Hörmann* (Dresden).

Saunders, Margaret J.: The relation of education to mental disorders. (Der Einfluß erzieherischer Maßnahmen auf die Geisteskrankheiten.) Occupat. therapy a. rehabilitation Bd. 4, Nr. 5, S. 311—363. 1925.

Verf. hat während zweier Jahre eine große Zahl chronischer Geisteskranker, in der Hauptsache alte Defektzustände nach Schizophrenie, in verschiedenster Weise zu systematischer Betätigung angehalten und dabei das Verhalten studiert. Allerlei Spiele und Übungen wurden vorgenommen, einzelne Gruppen zum Singen, andere zu Handarbeiten angehalten, andere durch Ausflüge und gemeinsame Betätigungen zu sozialem Verhalten angeregt. Die Möglichkeit, auch bei den schwersten Defekten vorübergehend und unter gewissen Bedingungen einzelne normale Reaktionen auszulösen, führt Verf. zu der Überzeugung, daß es sich bei den Ausfällen nicht um Herdstörungen in der Art der Aphasie, sondern um krankhaft bedingte Hemmung oder Hemmungsverlust handele. Eine systematische Arbeitstherapie, wie sie Verf. aufzustellen beabsichtigt, muß sich auf dieser Erkenntnis aufbauen. Neues über das Verhalten alter Schizophrener ist aus der Arbeit nicht zu lernen; sie zeigt nur die bekannte Tatsache, daß sorgfältige Bemühungen um den einzelnen Kranken auch bei schweren Defektzuständen noch ein gewisses soziales Verhalten erzielen können. *Reiss* (Dresden).

Liegner, B.: Die Ziele und Grenzen der gynäkologischen Psychotherapie. Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 50, Nr. 5, S. 274—278. 1926.

Verf. zeigt die Wichtigkeit der Psychotherapie in der gynäkologischen Praxis, und zwar in Form der Suggestion mit oder ohne Hypnose und der Psychoanalyse. Doch ist gründliche neurologisch-psychiatrische Vorbildung erforderlich. „Nur der Psychoanalytiker *κατ' ἐξοχήν*, d. h. die nach ihrer Individualität und auf Grund tiefster psychoanalytischer und psychophilosophischer Erkenntnisse besonders charakterisierte ärztliche Persönlichkeit soll Psychoanalyse treiben." *Kurt Mendel.*

Digitized by Google

Haupt, Johannes: Der hypnotische Trainng. (*Heilst. „Waldfrieden", Fürstenwalde/Spree.*) Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. **27**, Nr. 46, S. 470—741. 1925.

Berechtigt ist der Ausdruck „hypnotischer Training" für die Erscheinung des rascheren Eintrittes der Hypnotisation von Hypnose zu Hypnose. Abgelehnt wird die Vorstellung, daß durch Training der Eintritt von Hypnose herbeigeführt wird. Dagegen spreche das trotz vorherigen Gelingens plötzliche Ausbleiben der Hypnotisation. Das zeitweise oder völlige Versagen eines Individuums bei Hypnoseversuchen läßt sich nur durch die Annahme einer besonderen Eigenschaft, der „Hypnosefähigkeit", erklären. Jederzeit jemanden „hypnosefähig" zu machen, ist das wichtigste Problem des Hypnotismus. Auch zur Erzielung wirksamer hypnotischer Suggestionen ist ein Training unnötig. Dies wird vom Verf. zur Begründung seiner Problemstellung mit verwandt. *Bluhm* (Berlin).

Oehsenius, Kurt: Zur Behandlung der Enuresis. Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 32, S. 1342. 1925.

Ein 42jähriger Herr hat 3 Nächte hintereinander Bettnässen, indem er jedesmal träumt, er sei auf dem Klosett. Verf. riet ihm, „mit dem konsequenten Gedanken ins Bett zu gehen: du willst aufwachen, sobald du träumst, auf dem Klosett zu sein". Gleichzeitig wurde Obst ganz und Flüssigkeit abends verboten. Das Einnässen verschwand prompt. Verf. betont die Bedeutung der Energie bei der Behandlung der Enuresis. *M. Grünthal* (Berlin).

Spezielle Neurologie.

Meningen:

Schmiegelow, E.: Contribution à l'étude clinique des méningitis aseptiques, spécialement considérées dans leurs formes récidivantes. Une étiologie encore obscure de ces formes. (Beiträge zum klinischen Studium der aseptischen Meningitiden, insbesondere bezüglich ihrer rezidivierenden Formen. Eine noch dunkle Ätiologie dieser Formen.) (*Serv. otolaryngol., hôp. St. Joseph et rigshosp., Kopenhagen.*) Acta oto-laryngol. Bd. 8, H. 1/2, S. 280—307. 1925.

Es kann ein starkes Mißverhältnis bestehen zwischen der subjektiven Euphorie des Kranken und den schweren pathologischen Liquorveränderungen, welche die Lumbalpunktion zeigt (Mitteilung eines solchen Falles). Die spinale Pleocytose kann mehrere Monate die Heilung der Meningitis überdauern. 2 Fälle von rezidivierender aseptischer Meningitis blieben in ätiologischer Hinsicht völlig unklar; vielleicht ging sie von einer abortiven Form von akuter Poliomyelitis oder Encephalitis lethargica aus. *Kurt Mendel.*

Brock, Joachim: Über Systematik und Klinik meningoencephaler Krankheitszustände im Kindesalter. (*Univ. Kinderklin., Köln.*) Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. **40**, H. 5, S. 552—572. 1925.

Verf. gibt zunächst ein Schema der vorkommenden Beziehungen zwischen Liquorbefund, pathologisch-anatomischem Befund und klinischem Krankheitsbild, das im Original einsusehen ist. Im 1. Abschnitt, der die meningeale Reizung, die Meningitis simplex seu serosa behandelt, tritt Verf. für den von Gröer geprägten Ausdruck „Meningoencephalismus" (M. E.) ein, weil die meist als meningitisch bezeichneten Symptome n der motorischen, sensorischen, Reflex-, vegetativen und psychischen Sphäre tatsächlich auf der Läsion corticaler, basaler und spinaler Zentren beruhen, die nur erfahrungsgemäß vorzugsweise bei Hirnhautaffention beobachtet werden. Von „Encephalismus" spricht Verf., wenn die motorischen Symptome allein vorhanden sind. Meningoencephalismus ist ein rein klinisches Syndrom, das so gut bei Hirnhautreizung wie bei eitriger Meningitis, Hirntumor u. dgl. vorkommen kann. Ein Parallelismus mit dem pathologisch-anatomischen Befund besteht nicht. Die bei Infektionskrankheiten im Gehirn nachweisbaren Veränderungen sind nicht als die Ursache des klinisch beobachteten M. E. zu betrachten. Das sog. „Hirnödem" ist wohl meist eine Liquorvermehrung, die wohl auf einer Plexusreizung beruhen kann, aber nicht die Vorstufe der Entzündung zu sein braucht. Die Beziehungen zwischen „Liquor-

Digitized by Google

kongestion" (= Druckerhöhung des sonst unveränderten Liquors) und M.-E. sind auch nicht eindeutiger Art. Zwar kann vermutlich die erstere alle Erscheinungen des letzteren bedingen, aber das eine kann auch ohne das andere vorkommen. Alles spricht für eine direkte hämatogene encephalotoxische Genese des M. E., wobei die Erreger nur ausnahmsweise im Gehirn und seinen Häuten nachweisbar sind. Auch die Beurteilung der „ganz leichten" Zell- und Eiweißvermehrung im Liquor stößt noch auf Schwierigkeiten. Hier fehlt es noch an klinisch-pathologischen Paralleluntersuchungen. Im Abschnitt „eitrige Meningitis" werden wiederum Unstimmigkeiten zwischen klinischem, Liquor- und pathologischem Befund erörtert, z. B.: fast normaler Liquor, Sektion: eitrige Meningitis. Trübung des Liquor lediglich durch Bakterien; eitriger Liquor mit 3200 Zellen bei Meningitis tbc.; eitrige, aber aseptische, in Heilung übergehende Meningitis bei Purpura. Im Abschnitt Meningoencephalitis und Encephalitis simplex wird hervorgehoben, daß anfänglich oft die Symptome des M. E. vorherrschen. Verdacht muß es erregen, wenn der Sopor zunimmt, während der M. E. und die Liquoraffektion zurückgehen. Zum Schluß werden 2 Fälle von Masernencephalitis mitgeteilt, von denen der eine zur Obduktion kam und den Befund einer akuten multiplen Meningoencephalitis (vom Typ der akuten multiplen Sklerose) bot. *Fr. Wohlwill.*

Vialard et Darléguy: Considérations épidémiologiques et cliniques sur une épidémie de méningococcie. (Epidemiologische und klinische Bemerkungen über eine Meningokokkenepidemie.) Arch. de méd. et pharm. navales Bd. **115**, Nr. 4, S. 265 bis 311. 1925.

Eingehender Bericht über eine Epidemie, die 17 Fälle umfaßt und im Winter 1923—1924 bei einem Truppenteil in Rochefort herrschte. Auslösung durch eine schwere Grippeepidemie; die energische Wirkung des Grippevirus macht die Meningokokken virulent. Mehrere Fälle, in denen der Meningitis ein Verschluß der Ventrikelöffnungen und Pyocephalus folgte, werden eingehend beschrieben, ebenso ein Fall mit fortschreitender Meningitis der basalen Cisternen, während der mittels Lumbalpunktion entnommene Liquor sich besserte. Die Diagnostik wird durch das Interferieren einer Serummeningitis mit Pyocephalus durch Verschluß der Ventrikelöffnungen kompliziert. In 11 Fällen trat Heilung nach endolumbaler plus subcutaner Serumbehandlung ein; in 3 Fällen trat eine Acusticusneuritis, in 3 Fällen eine Ependymitis mit Verschluß der Ventrikelöffnungen ein. In diesen Fällen ist die Ventrikelpunktion und intraventrikuläre Serumbehandlung notwendig; um das Serum an die Hirnbasis heranzubringen, wurde in 2 Fällen auch die paraorbitale Punktion angewandt; von den 3 Fällen mit Pyocephalus heilten so 2, einer kam zum Exitus. Mit Vaccinebehandlung sahen Verff. keine Erfolge; Fixationsabscesse werden für nützlich gehalten. Mehrfacher Beginn mit appendicitisverdächtigen Symptomen. Einmal plötzlicher Tod im Herzkollaps. Während der meningitischen Phasen tritt Oligurie ein; die spätere Polyurie ist prognostisch günstig. Auch auf die Dissoziation zwischen Temperatursteigerung und Pulsverlangsamung wird prognostisches Gewicht gelegt. *F. Stern* (Göttingen).

Merklen, Pr., M. Wolf et A. Froelich: Méningococcémie: Réactions méningées aseptiques d'ordre thérapeutique. (Meningokokkämie: Aseptische meningeale Reaktionen nach therapeutischen Eingriffen.) Paris méd. Jg. **15**, Nr. 43, S. 329—333. 1925.

Es wird die Möglichkeit diskutiert, daß unter dem Einfluß einer bestehenden Infektionskrankheit eine lokale Sensibilisierung bestimmter Organe erfolgt, und daß diese unter gegebenen Bedingungen, ohne selbst infiziert zu sein, Krankheitssymptome aufweisen. — Der dieser Diskussion zugrunde liegende Tatbestand ist folgender: Eine Meningokokkämie wird mit Antimeningokokkenserum, Autovaccine, Milch- und wieder mit Antimeningokokkenserum-Injektionen behandelt. Nach der 2. Autovaccininjektion und nach der letzten intravenösen Meningokokkenserum-Injektion tritt starker Shock auf. — Nach Abklingen der beiden kommt es das erstemal zu mehrtägiger Fieberfreiheit, das zweitemal zur Heilung; beide Male bestehen heftige meningeale Reizerscheinungen, zuletzt 14 Tage lang. Beide Male ist der Liquor völlig aseptisch.

Digitized by Google

— Eine Herdreaktion eines in den Meningen abgekapselten Meningokokkus ist möglich, aber unbewiesen, so daß die eingangs erwähnte Hypothese der Sensibilisierung der aseptischen Meningen erwogen werden muß. *Bluhm* (Berlin).

Chalier, J., et Schoen: Méningites cérébro-spinales à forme d'hémorragie méningée. (Cereprospinalmeningitiden unter der Form von Meningealblutung.) Presse méd. Jg. **34**, Nr. 7, S. 99—101. 1926.

In 2 Fällen von Cerebrospinalmeningitis war der Liquor hämorrhagisch, er sah wie reines Blut aus. Beide Fälle waren schwer und führten zum Exitus, in dem einen konnte der Meningokokkus nachgewiesen werden. Von Interesse waren wiederholte Hämaturien und eine Nebennierenblutung. Bei Vorhandensein einer Meningealblutung ist, welches auch die klinische Symptomatologie sei, stets der Liquor direkt zu untersuchen und eine Kultur anzulegen, um zu entscheiden, ob der Meningokokkus im Spiele ist. Die Behandlung ist besonders intensiv einzuleiten, denn die Hämorrhagie deutet auf einen hyperämischen Prozeß in Beziehung zu einer schweren Infektion. Möglichst frühzeitige Serotherapie mit hohen Dosen, intravenös und intralumbal, 2mal täglich wiederholte Lumbalpunktion sind anzuwenden. *Kurt Mendel.*

Deist, Hellmuth: Über Beziehungen zwischen Meningitis tuberculosa, Solitärtuberkel und Paralysis agitans. (*Neue Heilanst. f. Lungenkranke, Schömberg b. Wildbad.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 50, S. 2070—2072. 1925.

28jähriger Japaner mit Lungentuberkulose, erkrankt mit einem 2 Tage lang anhaltenden Tremor des Kopfes, später an Jackson-Erscheinungen, rechtsseitiger absoluter Pupillenträgheit; fast fehlende Liquorveränderungen, geringe meningitische Symptome. Später spastische, dann schlaffe Lähmungen der linken Körperseite. Großer Solitärtuberkel, markstückgroß im Durchmesser, von umschriebenem meningitischem Herd ausgehend in der linken Inselgegend; kein genauerer Befund, wie weit Tumor nach innen gehend. Verf. hält den Kopftremor, der bei Aufregungen zu grobem Wackeln geht, für einen parkinsonistischen Tremor, wenn auch sonst fast alle Parkinson-Symptome fehlen, und will damit feststellen, daß auch Rindenherde im Gebiet der Insel zur Erklärung der Parkinson-Symptome heranzuziehen sind. Eine linksseitige Facialisparese will er als Zeichen der linksseitigen Pyramidenschädigung auf die bilaterale Innervation des Facialis zurückführen. *Stern* (Göttingen).

Kobrak, F.: Gibt es eine seröse Meningitis? Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **14**, H. 1/2, S. 135—141. 1926.

Von Fleischmann u. a. ist kürzlich gegen die Aufstellung einer Meningitis serosa Einspruch erhoben worden, weil der negative Liquorbefund in solchen Fällen gegen die Annahme einer Entzündung der Meningen spricht. Kobrak hält diesen Einwand nicht für stichhaltig; maßgebend ist der klinische Befund, zumal die Lumbalpunktion oft eine deutliche Besserung bringt. In solchen Fällen ist die Hypovirulenz der Erreger Ursache der serös bleibenden, gutartigen Entzündung, die übrigens mitunter nur Vorläufer einer schweren eitrigen Meningitis sein kann. Ähnliche Bilder können aber auch auf exsudativ-diathetischer oder angio-neurotischer Basis entstehen. K. schlägt daher vor, besser nicht von einer Meningitis, sondern von „otogenem akutem Hydrocephalus" zu sprechen. *E. Redlich* (Wien).

Boutter, Ch.: La méningite séreuse. (Meningitis serosa.) (*Hôp. Saint-Etienne, Paris.*) Journ. de méd. de Lyon Jg. **7**, Nr. 144, S. 19—22. 1926.

Verf. beobachtete bei Kindern und jugendlichen Individuen wiederholt ein Krankheitsbild, dessen Hauptsymptome in enormer intrakranieller Drucksteigerung, Stauungspapille und Hörstörungen bestanden. Daneben fanden sich in dem einen oder anderen Falle leichte meningitische Reizerscheinungen. Der Liquor war in allen Fällen chemisch und cytologisch normal. Wenn es nicht gelang, durch wiederholte Lumbalpunktionen eine entscheidende Besserung herbeizuführen, nahm man eine Dekompressivtrepanation vor, bei der sich in allen Fällen außer stark gespannter Dura nichts Verdächtiges zeigte. Bei 4 eingehend beschriebenen Beobachtungen erzielte die in 3 Fällen ausgeführte Trepanation 2mal ein promptes Zurückgehen aller Erscheinungen; nach jahrelanger Kontrolle sind diese Fälle als Dauerheilungen anzusehen. Ein Fall kam einige Wochen nach der diagnostischen Lmbalpunktion ohne weitere Behandlung

Digitized by Google

zur Heilung; der 3. trepanierte Fall war möglicherweise keine Meningitis serosa, sondern ein Tumor. — Ätiologie und Pathogenese sind unklar; es könnte sich um Folgeerscheinungen geringer, latent gebliebener Läsionen an den Meningen handeln. Der absolut normale Liquor läßt, wie Verf. meint, die mit dem Begriff der Entzündung verbundene Bezeichnung Meningitis mißverständlich und unzweckmäßig erscheinen.

Taterka (Berlin).

Reiche, A.: Über Liquor-Ausblasungen in der Behandlung der Meningitis im Säuglings- und Kindesalter. (*36. Vers. d. dtsch. Ges. f. Kinderheilk., Karlsbad, Sitzg. v. 21. IX. 1925.*) Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. **31**, H. 3/4, S. 295—299. 1926.

Verf. hat bei Säuglingen und Kleinkindern mit meningealen Erkrankungen Lumbalpunktionen mit nachfolgender Einblasung von Sauerstoff und Herausdrückung des ganzen Liquors oder eines großen Teiles vorgenommen. Bei tuberkulöser Meningitis zeigte sich kein Erfolg; nachweisbar war ein solcher bei der eitrigen serösen und epidemischen Menigitis. Bei Hydrocephalus externus und internus hat der Verf. mit dieser Methode Resultate nicht erzielt, bezüglich der Epilepsie verhält er sich abwartend. Bei Erwachsenen glaubt er durch die Herausblasung dee Liqurs einen Reiz zu vermehrter Liquorabsonderung und somit zur Entfernung toxischer Produkte aus dem Zentralnervensystem zu erhalten oder aber Heilmittel auf diesem Wege einführen zu können. Nach Beschreibung der Technik (2 Nadeln, 1 für den Sauerstoff, 1 für den Liquor) werden die Nebenerscheinungen bei Kindern (Unruhe bis zur Sauerstoffresorption, hohe Temperatur) besprochen. *V. Kafka* (Hamburg).

Davidendov, S.: Ein Symptom der synkinetischen Irradiation der Sehnen-Periostreflexe in einem Falle von hypertrophischer Pachymeningitis cervicalis, kombiniert mit Tabes. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 315—319. 1925. (Russisch.)

Bei einem Luiker entwickelt sich im Lauf einiger Jahre das Bild der Pachymeningitis cervicalis; u. a. findet sich bei ihm eine diffuse Parese beider oberen Extremitäten mit starker Hypertonie, quantitativer Abnahme der elektrischen Erregbarkeit, fast völliger Lähmung und ausgesprochener Flexionscontractur der Finger: rechts ist nur summarische Flexion sämtlicher 5 Finger möglich, links auch Flexionsbewegungen der einzelnen Finger. Bei allen Bewegungen des Patienten (auch bei lauten Geräuschen, z. B. Klingeln) tritt eine doppelseitige symmetrische Mitbewegung ein, die in einer tonischen Flexion sämtlicher Finger in den interphalangealen Gelenken bei leichter Extension der Hand besteht. Diese Mitbewegung tritt ganz regelmäßig auch dann auf, wenn bei dem Patienten beliebige Sehnen- oder Periostreflexe ausgelöst werden, aber nicht bei Hautreizen. Verf. weist auf die entfernte Ähnlichkeit des von ihm beschriebenen Phänomens mit spinalen Abwehrreflexen hin, betont aber den Unterschied zwischen seinem Phänomen und spinalen Abwehrreflexen sowiem Synkinesien cerebralen (hemiplegischen) Ursprungs. *Bresowsky* (Dorpat).

Ruddere, de: Hématome sous-dural de la base du cerveau. (Subdurales Hämatom an der Hirnbasis.) Scalpel Jg. **79**, Nr. 5, S. 106—109. 1926.

Überfall, Schlag mit hartem Gegenstand gegen den Kopf. Bewußtlosigkeit. Dann Wohlbefinden. 6 Tage später plötzlich Krämpfe, Lähmung der rechten Körperseite, Sphincterschwäche, Bewußtlosigkeit. Im Liquor deutliche Lymphocytose, einige rote Blutkörperchen, später Liquor blutgefärbt. Darauf Nackensteifigkeit, Kernig, Puls 52, Déviation conjuguée der Augen nach links. Exitus. Sektion: Subdurales Hämatom, welches die ganze mittlere Partie der Hirnbasis einnimmt, sich unter dem linken Schläfenlappen bis zu den Pedunculi cerebri ausbreitet; Kontusion des linken Schläfenlappen. Kein Schädelbruch.

Die Prognose dieser posttraumatischen subduralen Hämatome an der Hirnbasis ist wegen der Möglichkeit der Kompression des Bulbus und des 4. Ventrikels ernst. Therapie: Operation, Drainage, Duranaht. *Kurt Mendel.*

Körperflüssigkeiten:

Vogt, E.: Studien zur Biologie des Liquor cerebrospinalis. I. Über die Abhängigkeit des Liquor cerebrospinalis vom Ovarium. (*Univ.-Frauenklin., Tübingen.*) Arch. f. Gynäkol. Bd. **127**, H. 1, S. 97—105. 1925.

In Verfolgung der eigenen und der Heiligschen Untersuchungen studierte Verf. das Verhalten des Liquorzuckers (Verf. spricht stets von „Blutzucker im Liquor")

Digitized by Google

während der Menstruation und Schwangerschaft an einem größeren Material. Die höchsten Liquorzuckerwerte (100—130 mg-%) fanden sich während der Schwangerschaft, einerlei, ob es sich um eine normale oder um eine extrauterine Schwangerschaft handelte und ob diese sich in den ersten Monaten oder im 9. und 10. Monat befand. Die Wehentätigkeit war ohne Einfluß auf die Höhe des Liquorzuckerspiegels. Während der ersten Hälfte des Intermenstrums zeigten ca. 80% der Frauen eine mittelstarke Erhöhung des Liquorzuckers (60—89 mg-%), während der zweiten Hälfte 60% ein Absinken (Mittelwert 38 mg-%). Bei Ovarialcystomen mit Zerstörung des einen Ovariums fand sich keine Störung des genannten Liquorzuckerverhaltens, desgleichen nicht bei Myomen; auch nicht bei Myomträgerinnen mit ausgesprochener Anämie, obgleich bei Myomblutungen der Blutzucker beträchtlich erhöht zu sein pflegt. Blutzuckerbestimmungen scheinen neben den Liquorzuckerbestimmungen leider nicht angestellt worden zu sein. Die Behauptungen, daß „die Zusammensetzung des Liquors vom Blut unabhängig ist", dürfte in dieser Formulierung nicht zutreffend sein: Die Erhöhung vieler Substanzen im Blut (Harnstoff, Kreatinin, Zucker usw.) führt auch zu einer solchen im Liquor. Verf. streift schließlich kurz die Bedeutung der gemachten Feststellungen für Prognose, Diagnose und Therapie. Ref. selbst möchte darauf hinweisen, daß die erhobenen Befunde in Zukunft bei der diagnostischen Verwertung von Liquorzuckeruntersuchungen wohl zu beachten sind; manche widerspruchsvollen Resultate könnten damit ihre Erklärung finden. *K. Eskuchen* (Zwickau).

Malossi, Cesare: Contributo allo studio delle proprietà biologiche del liquido cefalorachidiano. (Beitrag zum Studium der biologischen Eigenschaften des Liquor cerebrospinalis.) (*Istit. di clin. pediatr., univ., Bologna.*) Clin. med. ital. Jg. **56**, Nr. 5, S. 411 bis 420. 1925.

Verf. hat den Liquor von jungen, heranwachsenden Kälbern sowie von einem hydrocephalischen Kind jungen Tieren eingespritzt. Da weder eine Veränderung im Größenwachstum und Gewicht, noch eine Einwirkung auf die Behaarung und die sexuelle Aktivität der behandelten Tiere eintrat, glaubte Verf. den Übergang des Hormons des Vorderlappens der Hypophyse in den Liquor ausschließen zu können. *V. Kafka* (Hamburg).

Flatau, Edward: La chromoneuroscopie. (Die Chromoneuroskopie.) Rev. neurol. Jg. **33**, Bd. **1**, Nr. 1, S. 5—10. 1926.

Mit dem im Titel angegebenen Namen bezeichnet Flatau 2 von ihm angegebene Methoden, die die Beschaffenheit der Blut-Liquorschranke durch den Nachweis von Substanzen im Liquor untersuchen, welche vorher intravenös oder intramuskulär injiziert wurden. Die eine — nur für tierexperimentelle Zwecke brauchbare — Methode besteht in der intravenösen Injektion von 1 proz. Rhodanammonium, welches dann im Liquor derart nachgewiesen wird, daß man diesen in 10 proz. Eisenchloridlösung auffängt. 10 Min. nach der Injektion tritt ein brauner Niederschlag auf. Gleichzeitig werden generalisierte oder — seltener — halbseitige Krämpfe beim Kaninchen sichtbar. Die andere Methode, die auch beim Menschen anwendbar ist, besteht in der intramuskulären oder intravenösen Injektion von 5 ccm 5 proz. Säurefuchsin (Fuchsin S). Wird der Liquor in einer Mischung von 1 Teil Salzsäure mit 9 Teilen 95 proz. Alkohol aufgefangen, so erhält man bei positivem Ausfall eine schwach violette Färbung. Die Punktion wird 1—$1^1/_2$ Stunden nach der Injektion ausgeführt. Unter 30 bisher untersuchten Fällen mit verschiedenen Erkrankungen des Zentralnervensystems — darunter Tabes, Paralyse, Encephalitis — fiel die Reaktion nur in den Fällen von Meningitis tuberculosa und Meningitis cerebrospinalis positiv aus. In 1 Fall von wahrscheinlich epidemischer Meningitis war die Reaktion anfangs negativ und wurde erst am 6. Tag positiv. Die Stärke des Ausfalls beurteilt Flatau mit Hilfe einer kolorimetrischen Skala, bestehend aus Säurefuchsinlösungen von 1: 50 000 bis 1: 300 000. *Wexberg.*

Forti, Clara: Le sostanze riducenti del liquor ed il loro rapporto con quelle riducenti del sangue nelle malattie nervose e mentali. (Die reduzierende Substanz im Liquor und

Digitized by Google

ihre Beziehung zu den reduzierenden Substanzen des Blutes bei Nerven- und Geisteskrankheiten.) (*Clin. neuropsichiatr., univ., Roma.*) Policlinico, sez. med. Jg. **33**, H. 1, S. 35—49. 1926.

Die Verf. hat bei verschiedenen Nerven- und Geisteskrankheiten den Zuckergehalt von Blut und Liquor nach der Mikromethode von Bang untersucht und in einer Reihe von Fällen den Quotient $\frac{\text{Liquorzucker}}{\text{Blutzucker}}$ festgestellt. Der Liquor wurde außerdem noch auf Gesamteiweißzellen nach Pandy und mit der Mastixreaktion untersucht. Wie andere Autoren fand Verf. eine Zuckerverminderung im Liquor bei akuten Menigitiden; sie ging bis auf 0,32% herab. Aber auch bei chronischen Meningitiden fand sich manchmal Hypoglucorhachie. Vermehrung des Liquorzuckers wurde nachgewiesen bei Encephalitis epidemica, bei Erweichungsherden, manchmal bei Epilepsie. Bei Paralyse (17 Fälle) fand sich ebenso oft Zuckervermehrung wie -verminderung und normaler Zuckergehalt im Liquor. Bezüglich des obengenannten Quotienten scheint Verf. Gesetzmäßigkeiten nicht gefunden zu haben. *V. Kafka* (Hamburg).

Manjkovskij, B., und S. Šaravskij: Über die Kolloidreaktionen bei der Liquoruntersuchung. Sovremennaja psichonevrologija Jg. **1**, Nr. 2, S. 45—56. 1925. (Russisch.)

Die Langesche Goldsolreaktion und die Kafkasche gefärbte Normomastixreaktion repräsentieren eine nichtige Bereicherung der Liquordiagnostik durch ihre Präzision und Empfindlichkeit. Sie erleichtern die Diagnose früher und latenter syphilitischer Prozesse des Nervensystems und die Differentialdiagnose der syphilogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Durch die Auskunft über das qualitative und quantitative Verhältnis der pathologischen Kolloide weisen sie auf den Grundprozeß hin und nähern uns somit der Klärung der pathologisch-ätiologischen Grundlage. Die typischsten Kurven liefern die infektiöse Meningitis, Hirnlues und progressive Paralyse. Vergleichende Kontrollversuche an 60 Fällen. Notwendig sind vorwurfsfreie Technik, Jenasche Glasgefäße, doppeltdestilliertes Wasser, vorangehende Prüfung der Empfindlichkeit der Reaktion zu den Salzen und Kolloiden. Bei Kontrolle der Therapie und bei Prognosestellung ist nur der negative Ausfall der Reaktion beweisend. Die Mastixreaktion ist einfacher und weniger exogen beeinflußbar, die Langesche gibt schönere und typischere Bilder in kürzerer Zeit. Eine der genannten 4 Methoden sollte den 4 Grundreaktionen des Liquors angefügt werden. In 52% der Langepositiven Flüssigkeit war der Wassermann negativ, die Nonne-Appeltsche erste Phase schwach positiv oder ganz negativ. *Higier* (Warschau).

Wendt, Helmut: Die Bedeutung der Goldsolkurve für die Beurteilung des Liquor cerebrospinalis bei der nervensymptomfreien Lues. (*Städt. Hautklin. u. pathol. Inst., Bremen.*) Med. Klinik Jg. **22**, Nr. 3, S. 100—102 u. Nr. 4, S. 138—141. 1926.

Verf. beantwortet auf Grund seines Materials (550 luetische und zahlreiche nichtsyphilitische Liquores) eine Reihe prinzipieller Fragen die Goldsolreaktion betreffend. Er ist der Annahme, daß die Goldsolkurve durch qualitative Veränderungen im Eiweißaufbau hervorgerufen wird, er weist auf die Schwierigkeiten der Abgrenzung von positiv und negativ hin, er betrachtet die differenzialdiagnostische Bedeutung der Goldsolkurve innerhalb der Luesgruppe, er betont, daß eine leichtere Veränderung des Goldsols mit pathologisch-anatomischen Läsionen nicht parallel zu gehen braucht. Im weiteren erörtert der Verf. die Wichtigkeit des Versuches, den pathologischen Liquor bei Latentsyphilitischen negativ zu bekommen. Bezüglich der Prognostik betont er die üble Vorbedeutung einer positiven Goldsolreaktion im Frühstadium und speziell der Paralysenkurve. *V. Kafka* (Hamburg).

Förtig, Hermann: Syphilis und Liquor. (*Klin. f. Haut- u. Geschlechtskrankh., Univ. Würzburg.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 50, S. 2076—2077. 1925.

Auf Grund der Liquoruntersuchung von 650 Fällen mit 2000 Lumbalpunktionen kommt Verf. zu einer Reihe von Ergebnissen quoad Befunde und Folgerungen

Digitized by Google

in den verschiedenen Luesstadien. Bei Lues I (seropositiv und -negativ) fand Verf. keine Liquorveränderungen, bei Lues II in 27,6%. Bei Lues III waren sie häufig (21 mal von 40). Es gibt eine echte therapeutische Liquorprovokation, die in jedem Stadium möglich ist; sie überwiegt bei Lues II und ist sehr flüchtig. Liquorveränderungen sind im ersten Jahr leicht, in späterer Zeit schwer zu behandeln. Die Indikation zur Lumbalpunktion ist stets gegeben, wenn nervöse Symptome auftreten; bei neurologisch symptomlosen Patienten dann, wenn mit der Behandlung aufgehört werden soll. „Ist der Liquor zu diesem Zeitpunkt nicht negativ, muß weiterbehandelt werden." Zur Feststellung der Heilung ist die Lumbalpunktion unbedingt erforderlich, und zwar am besten 2—6 Wochen nach Salvarsanprovokation. *V. Kafka* (Hamburg).

Haguenau, J.: Le syndrome humoral des syphilis du névraxe. (Das Humoralsyndrom der Nervensyphilis.) Bull. méd. Jg. **39**, Nr. 26, S. 736—740. 1925.

Der Verf. gibt einen guten und sehr exakten Überblick über WaR. in Blut und Liquor, ferner über Lymphocytose (besser würde es heißen: Pleocytose), Eiweißvermehrung, ferner die gebräuchlichsten Ausflockungsreaktionen, von welchen die Benzoe-R. bei den Franzosen besonders gebräuchlich ist. Neue Tatsachen oder Probleme sind nicht besprochen. — Wenn Verf. jede Vermehrung der Zellen über ein Element für pathologisch erklärt, so ist das sicherlich nicht richtig. Daß bei einer nicht luetischen Meningitis bei Lues WaR. im Liquor positiv werden kann, diese praktisch außerordentlich wichtige Tatsache erwähnt der Verf. nicht. — Die Frage der vorklinischen Liquorsymptome in der Entwicklung der Paralyse hält Verf. noch nicht für geklärt. *Rehm* (Bremen).

Stowe, W. P.: The diagnostic value of the cerebrospinal fluid sugar content. (Der diagnostische Wert des Liquorzuckergehaltes.) (*Rochester gen. hosp., Rochester.*) Journ. of laborat. a. clin. med. Bd. **11**, Nr. 4, S. 307—312. 1926.

122 Fälle. Methodik nach Folin-Wu. Leider wurde nur in ganz vereinzelten Fällen der Blutzucker bestimmt. Der Liquorzucker wurde „3 Stunden nach der Morgen- oder Abendmahlzeit" festgestellt, weshalb die erhaltenen Werte mit denen der meisten anderen Autoren, die morgens nüchtern entnehmen, nicht ganz vergleichbar sind. Die Zuckerwerte im Liquor liegen durchschnittlich höher als bei andern Autoren. Bei Normalfällen und Neurolues, Encephalitis, Sklerosis multiplex, Hirntumor u. v. a. mit seltenen Abweichungen, 60—90 mg-% Liquorzucker, Meningitis tbc. 10—50 mg-%, Meningitis purulenta 0—25 mg-%. Diagnostisch hat die Zuckerbestimmung im Liquor lediglich den Wert, die tuberkulöse Meningitis von eitriger Meiningitis (geringere Zuckerwerte) bzw. von anderen Erkrankungen (höhere Werte) abzugrenzen. Bei eitrigem Liquor nach intraspinaler Therapie, bei Hirntumor mit Nekrose oder Blutung nahe den Hirnventrikeln, bei aseptischer Meningits (16 000 Leukozyten im ccm) konnte Meningitis purulenta durch den in den genannten Fällen normalen Zuckergehalt sofort ausgeschlossen werden. Die Anwesenheit von Eiterzellen allein im Liquor vermindert den Zuckergehalt also nicht. In 2 Fällen von Blockierung des Spinalkanals war — bei z. T. stark differenten Eiweiß- und Zellwerten — der Zuckergehalt oberhalb und unterhalb des Hindernisses gleich. Daraus folgert Verf., daß der Liquorzucker gleichmäßig in der ganzen Achse des cerebrospinalen Systems entsteht und nicht etwa nur dem Plexus chorioideus entstammt. In der Diskussion zu diesen als Vortrag mitgeteilten Untersuchungen bemerkt Kolmer, daß auch nach seiner Auffassung die Zuckerverminderung bei Meningitis nicht durch die Leukocyten, sondern durch Bakterien hervorgerufen werde. *Wüllenweber.*

Schädel:

Ehrhardt, K.: Angeborener Schädeldefekt ohne Austritt von Schädelinhalt. (*Stadtkrankenh., Offenbach.*) Arch. f. Kinderheilk. Bd. **77**, H. 1/2, S. 94—98. 1925.

6 Wochen altes Kind. Stirnbein unverhältnismäßig hoch entwickelt, Schädelprofil hat die Gestalt eines sphärischen Dreieckes. Zwischen Glabella und Stirnhaargrenze besteht eine elliptische Knochenlücke, die nur durch eine dünne Membran verschlossen ist. Stirnnaht ver-

Digitized by Google

läuft atypisch: sie hat die Gestalt einer Parabel, deren Scheitel in der Gegend der großen Fontanelle liegt und deren Schenkel in der Gegend der Stirn-Haargrenze frei endigen, dadurch erscheint das Stirnbein im Bereich des behaarten Kopfes dreigeteilt. — Im Bereich des Knochendefektes Gehirnhäute mit dem Gehirn fest verwachsen. Hemisphären schwer verbildet. Identifizierung der Furchen und Windungen mit den normalen Verhältnissen nur im groben möglich. Genauere Untersuchung des Zentralorgans wurde nicht durchgeführt. *Gamper.*

Dreesmann: Über Strumametastase. (*St. Vincenzhaus, Köln.*) Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 50, S. 1871—1872. 1925.

Bei einer ca. 30jährigen Frau trat ca. 2 Jahre, nachdem sich eine Struma gezeigt hatte, ein haselnußgroßer Tumor an der linken Stirnseite auf. Er durchbohrte den Knochen und zeigte mikroskopisch den Bau einer Struma. Nach der Operation entstand ein Hirnprolaps mit starker Bewußtseinsstörung. Offenbar war im Anschluß an die Operation eine Encephalitis aufgetreten. Langsame Besserung und Heilung. Es handelte sich um einen der seltenen Fälle von Strumametastase. Diese zeigen sich meist am Schädel, seltener an den übrigen Knochen oder an Weichteilen. Die Metastasen haben anscheinend Schilddrüsenfunktion; ihre Entfernung ist oft sehr schwer wegen der starken Blutungen. *Paul Schuster* (Berlin).

Aloin, H.: A propos des lésions du trijumeau dans certaines formes de mastoïdite chez l'enfant. (Trigeminusläsionen bei gewissen Formen von Mastoiditis des Kindes.) Rev. de laryngol., d'otol. et de rhinol. Jg. **46**, Nr. 24, S. 805—813. 1925.

Verf. beschreibt 2 Fälle des im Titel genannten Krankheitsbildes, in denen eine anscheinend gewöhnliche Mastoiditis sich durch die Langsamkeit der Knochenheilung auszeichnet, der Eingriff wie bei der Osteomyelitis langer Knochen der Infektion nicht Herr wird. Diese Formen zeigen durch Ausbleiben der Entfieberung eine Allgemeininfektion an. Es handelt sich fast durchweg um schlecht entwickelte, schwächliche Kinder. Nach einigen Wochen, oft einige Tage nach der Operation, treten neuralgische Schmerzen auf, schmerzhafte Paroxysmen mit Pausen relativer Ruhe, die besonders nachts, täglich oder jeden 2. Tag auftreten. Der Schmerz neben vagen halbseitigen Beschwerden streng lokalisiert besonders auf Unterkiefer und Zunge, so daß der Mund nicht geöffnet werden kann. Diese Neuralgieanfälle bei einem Kinde können an Meningitis denken lassen, doch fehlt das Erbrechen, die Temperatur ist nicht sehr erhöht, die Schmerzen sind diskontinuierlich, die Krisen dauern nur einige Tage, doch sind sie in 1 Fall noch 7 Monate nach der Operation rezidiviert. In 2 Fällen trat gleichzeitig mit den Krisen am Hinterkopf ein Schorf auf. Es handelt sich dabei um trophische Störungen gelegentlich eines Decubitus.

Wahrscheinlich handelt es sich um eine echte Osteomyelitis. Hierbei ist der Trigeminus in allen Ästen mitbetroffen, besonders aber der 3. Ast, auch im motorischen Anteil. Es handelt sich wahrscheinlich um eine lokalisierte Meningitis der Basis, wofür auch Nackenschmerzen sprechen; eine Lumbalpunktion konnte allerdings nicht gemacht und so der Beweis nicht erbracht werden. Verf. hat übrigens gelegentlich einer tuberkulösen basalen Meningitis denselben Symptomenkomplex unter seinen Augen entstehen sehen, wobei schließlich auch der 1. Ast mitergriffen wurde und Hornhautstörungen auftraten. Maßgebend für den Symptomenkomplex ist die Topographie der Region, alle möglichen Erreger, der Tuberkelbacillus, Staphylokokken und andere, können dabei im Spiele sein. Die Behandlung muß in schleuniger Operation bestehen, wenn die Paracentese erfolglos war und der Zustand schwer bleibt. In der 2. Periode, der der Neuralgie, soll der Operateur sich zurückhalten und nur weitergehen, wenn schwerwiegende Symptome es erfordern. *W. Alexander* (Berlin).

Großhirn:

Encephalitis:

Četverikov, N.: Zur pathologischen Anatomie und Pathogenese des postencephalitischen Parkinsonismus. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 632—641. 1925. (Russisch.)

Klinische und besonders pathologisch-anatomische Beschreibung von 2 Fällen von Encephalitis epidemica mit postencephalitischem Parkinsonismus (von denen einer $2^1/_2$ Jahre, der andere 5 Monate gedauert hat). In beiden Fällen erstreckte sich der chronisch-entzündliche, aber sich weiter entwickelnde Prozeß auf das gesamte zentrale Nervensystem, teilweise auch auf das sympathische und auf innersekretorische Drüsen (namentlich die sympathischen Halsganglien im ersten Fall und die Schilddrüse im zweiten); besonders ausgesprochen war er in jenen Gebieten, die einer Ein-

Digitized by Google

wirkung der cerebrospinalen Flüssigkeit in erster Linie ausgesetzt sind, und wo defensive Vorgänge im Sinne der Bildung einer Schutzbarriere (durch Verdickung des Ependyms und des subependymären Gewebes der Hirnventrikel, Erweiterung der Gefäße, Aktivierung der Glia u. a.) besonders ausgeprägt waren. Zu den vorwiegend ergriffenen Partien gehörten der Pons, das Kleinhirn, die Großhirnrinde (hier namentlich die Betzschen Riesenpyramiden), der Thalamus, die Basalganglien (sowohl das Striatum wie das Pallidum), vor allem aber die Substantia nigra, in der, wie schon so oft beschrieben, eine hochgradige allgemeine Atrophie, ein Schwund der Ganglienzellen und Verlust ihres Pigments bestanden. — Gestützt auf seine Beobachtungen lehnt Verf. die Vogtsche pallidäre Lokalisation des Parkinsonismus ab, er kann sich aber auch der nigralen Theorie derselben (von Trétjakoff, Lhermitte, Claude, Goldstein u. a.) nicht ganz anschließen und ist geneigt, seinen örtlichen Ursprung nicht in einem bestimmten grauen Kern, sondern in einer Gruppe von Kernen, die alle zum System der extra-pyramidalen Bahnen gehören, zu suchen. Er weist auch auf die Arbeiten von Lewi und Salmon hin, die die Parkinson-Rigidität als ein vegetatives Symptom, und zwar infolge Beeinträchtigung der Tätigkeit des sympathischen Nervensystems (durch Affektion der Substantia nigra und des Linsenkerns) und Überwiegens des wenig geschädigten parasympathischen (des dorsalen Vaguskerns und anderer Gebilde) betrachten. *M. Minkowski* (Zürich).

Pissnjačevskij, A.: Die epidemische Encephalitis im Gouvernement Nižnij-Novgorod. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884 bis 1924, S. 607—617. 1925. (Russisch.)

Auf Grund der klinischen Beobachtungen an 31 Fällen, die während der Encephalitisepidemie im Winter 1923/1924 im Gouvernement Nijni-Nowgorod diagnostiziert wurden, zieht Verf. allgemeine Schlüsse, die sich im großen ganzen mit den Ergebnissen der westeuropäischen Forscher decken. Am häufigsten waren junge Personen von der Encephalitis betroffen. Das klinische Bild war verschieden; interessant ist, daß bei einem Patienten während des Fiebers der Korsakowsche Symptomenkomplex festgestellt wurde. Auch die bekannten psychischen Defekte (psychomotorische Hemmungen und Herabsetzung der emotiven Prozesse) wurden mehrmals beobachtet. Direkte Übertragung der Encephalitis von Mensch zu Mensch ist dem Verf. unbekannt. Verf. macht darauf aufmerksam, daß kurz vor dem Ausbruch der Epidemie der Encephalitis lethargica im Gouvernement Nijni-Nowgorod eine Encephalitisepizootie bei Pferden stark verbreitet war. Was die statistischen Folgerungen (nach Alter, Geschlecht, Beschäftigung usw.) anbetrifft, so gibt der Verf. selber zu, daß in den entlegenen Städtchen und auf dem Lande die Encephalitisfälle weder richtig erkannt, noch registriert werden konnten, und so kann die geringe Zahl der klinisch untersuchten Patienten (31) — bei einer Zwei-Millionen-Bevölkerung des Gouvernements Nijni-Nowgorod — keine genügende Grundlage für allgemeine Schlüsse bilden. *L. Arinstein.*

Tarassevič, I.: Weitere Beobachtungen zur Klinik und Epidemiologie der Encephalitis epidemica in Moskau. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 620—629. 1925. (Russisch.)

Einzelne Fälle der epidemischen Encephalitis in Moskau wurden schon im Winter 1920 festgestellt; aber die erste größere Epidemie ist erst im Laufe des Winters 1920 bis 1921 und eine zweite Epidemie im Winter 1922—1923 (157 Fälle) ausgebrochen. Mortalität durchschnittlich = 10%. Verf. beobachtete 26 Fälle; 10 von diesen Patienten boten später alle charakteristischen Zeichen des Parkinsonismus. Die lethargische Form trat verhältnismäßig seltener auf; die Formen mit Hyperkinesen, Schmerzen und Schlaflosigkeit waren häufiger. Singultus war nur einmal notiert. Verf. erwähnt auch solche Fälle, wo die Erkrankung mit leichten katarrhalischen Erscheinungen begonnen hat und wo später — nach 1—4 Monaten — ein ausgesprochener Parkinson festgestellt wurde. Die Therapie ist trostlos. Doch weiß der Verf. über eine relativ gute Wirkung des Urotropins zu berichten, die er auf eine Desinfektion der Nase,

Digitized by Google

der Stirnhöhle und des Ohres zurückzuführen geneigt ist. Symptomatisch gut, wenn auch nur vorübergehend, soll das Atropin den Parkinson beeinflussen. Verf. befürwortet auch die Röntgenbestrahlung der Speicheldrüsen bei hochgradiger Salivation. Kinder, die an Insomnie leiden, schlafen besser ein, wenn die unwillkürlichen Bewegungen durch Einwicklung gehemmt werden. Direkte Übertragung der Encephalitis konnte der Verf. in keinem Falle feststellen. *L. Arinstein* (Charlottenburg).

Neel, Axel V.: On atypical and masked forms of encephalitis epidemica (lethargica) on a basis of about 125 cases. (Atypische und maskierte Formen der epidemischen Encephalitis auf Grund von etwa 115 Fällen.) (*Municip. hosp., Copenhagen.*) Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. **63**, Nr. 1, S. 1—16. 1926.

Die Arbeit entstammt Vorträgen aus dem Jahre 1922 und ist wohl aus äußeren Gründen verspätet zum Abdruck gebracht. Sie stützt sich auf über 125 Fälle, die unter den verschiedenartigsten Fehldiagnosen der Klinik zugeführt wurden, z. B. Alkoholismus, Arteriosklerose, Confusio mentis usw., und in denen der Verf. eine epidemische Encephalitis annimmt. Es fiel ihm namentlich ein häufiger Liquorbefund auf, der seit dem Jahre 1916 gehäuft auftritt und in einer leichten Eiweißvermehrung neben fehlender oder geringer Zellvermehrung besteht. Untersucht wurden nicht nur die Globuline nach Nonne, sondern auch die Albumine total nach Bisgaard. Der Autor betont dabei, daß die normalen Grenzwerte niedriger sind als angenommen wird; so betont er, daß im normalen Liquor nicht mehr als $^1/_3$ Zelle pro cmm vorkommt. Der Liquorbefund, den Verf. erhob, ist an sich natürlich unspezifisch, die starke Häufung der pathologischen Befunde von 1916 ab, erwecken den Verdacht, daß viele Fälle der epidemischen Encephalitis angehören. Bei Kontrolle früherer Befunde ließ sich dann der Nachweis führen, daß schon im Jahre 1916 in Kopenhagen mehrere Encephalitisfälle vorkamen. Die Symptome entsprechen im Wesentlichen den bekannten akuten, er erwähnt allerdings auch in der kurzen Übersicht 16 Fälle von Hemiplegie ohne allgemeine Hirnsymptome. Histologisch betont Verf. die Häufigkeit von Gefäßveränderungen bei älteren Personen, hyaline Gefäßwandumwandlung, Verdickung der Gefäßwände und Risse, Obliteration, Wucherung der Endothelien, Kalkablagerungen und mikroskopische Erweiterungen um die veränderten Gefäße. Diese Veränderungen, mit entzündlichen vereint, vorwiegend an den Prädilektionsstellen der Encephalitis. Wie weit diese arteriosklerotischen Veränderungen mit dem encephalitischen Prozeß zusammenhängen, läßt Verf. noch offen. *F. Stern* (Göttingen).

Salkind, E.: Zur Pathogenese des Schlafes nach Beobachtungen bei der epidemischen Encephalitis. Sovremennaja psichonevrologija Jg. **1**, Nr. 2, S. 32—44. 1925. (Russisch.)

Bei der Encephalitis epidemica kommen in bezug auf den Schlaf folgende Anomalien vor: 1. vermehrter Schlaf, von Schläfrigkeit bis zu lethargischen Zuständen, dazu Bewegungsverlangsamung und -hemmung und noch ophthalmologische Symptome, von leichten Pupillenveränderungen bis zu Ptosis; 2. verminderter Schlaf, von leichter nächtlicher Unruhe bis zu quälender Schlaflosigkeit mit motorischer Aufregung, dazu extrapyramidale Hyperkinesen und ferner zentrale Schmerzen. Neben diesen Typen gibt es Übergänge, charakterisiert durch Störungen im normalen Wechsel von Schlaf und Wachzustand. Bei der Hypersomnie kommen mehrere Formen vor: eine, die dem natürlichen Schlaf gleicht; eine, die mit einem halbdeliriösen Zustand und stereotypen Bewegungen verbunden ist; drittens, eine fortschreitende, zu komatösen Zuständen sich steigernde Somnolenz. Verf. weist auf die große Ähnlichkeit der ersten dieser Formen mit dem natürlichen Schlaf, der zweiten mit dem Skopolaminschlaf hin. Das Eintreten sowohl des natürlichen, wie auch des encephalitischen Schlafes wird durch Absperrung äußerer, namentlich optischer, Reize begünstigt. Das trifft bei den Fällen zu, die mit Augensymptomen und Bewegungsverlangsamung auftreten. Die typische encephalitische Hypersomnie läßt sich daher als Folge einer Verminderung der Tätigkeit der motorischen und optischen „Zentren" auffassen. Die Frage, warum bei den einen Encephalitikern Hypersomnie, bei den anderen Asomnie

Digitized by Google

auftritt, beantwortet Verf. fogendermaßen: der Schlaf ist ein Instinkt, ein zusammengesetzter, unbedingter Reflex. Bei der Encephalitis epidemica handelt es sich um eine Störung der Instinkte, um quantitative oder qualitative Abweichungen von der Norm. So sind bei der Encephalitis epidemica beobachtet worden Störungen des Nahrungs-, Selbsterhaltungs-, Geschlechtstriebes bzw. -instinktes, der sozialen Triebe, des Bewegungstriebes („Laufdrang") bei Kindern usw. Das Gleiche läßt sich vom Schlafe sagen: die Verstärkung dieses Instinktes ergibt Hypersomnie, die Abschwächung Asomnie, die qualitative Änderung Dyssomnie. Die Störungen des Schlafes (im allgemeinen) müßten auf eine Erkrankung des subcorticalen automatischen Apparates und eine Unterbrechung seiner Verbindung mit der Rinde zurückgeführt werden; zur Entstehung der Hypersomnie ist eine Reihe von Bedingungen notwendig, die die Einwirkung peripherer Apparate, in erster Linie des Sehorgans, ausschließen, die Erkrankung des Strio-pallidären Apparates an sich hat nicht Schläfrigkeit zur Folge. Sobald aber der Prozeß im Höhlengrau des Zwischen- und Mittelhirns lokalisiert ist und die Oculomotoriuskerne angreift, kommt es zu Hypersomnie. Geht der Prozeß auf das strio-pallidäre System über, so schwindet die Hypersomnie allmählich und es entsteht der postencephalitische Parkinsonismus. Bei der asomnischen Form der Encephalitis wird der optische Analysator fast gar nicht betroffen, die hinzukommende Hyperkinese sowie die zentralen Schmerzen verursachen bzw. unterhalten die Schlaflosigkeit. Da der Schlaf ein Instinkt ist, dem ein komplizierter Apparat zugrunde liegt, glaubt Verf., daß er eine Leistung des gesamten zentralen Nervensystems ist, nicht aber irgendeines hypothetischen, begrenzten Zentrums. *Bresowsky* (Dorpat).

Stiefler, G.: Über zwei weitere Fälle von Narkolepsie nach Encephalitis lethargica. Wien. med. Wochenschr. Jg. **76**, Nr. 3, S. 110—111. 1926.

Im 1. Fall bestanden einfache Schlafanfälle bei Parkinsonismus, im 2. Fall waren die plötzlich auftretenden Schlafanfälle kombiniert mit der charakteristischen affektiven Tonusblockade, plötzlichem Tonusverlust der Beine bei Ärger und Freude. Schlafanfälle wie affektiver Tonusverlust sind auf Störung der subcorticalen Ganglien zurückzuführen.
F. Stern (Göttingen).

Nobécourt: Syndrome parkinsonien et encéphalite épidémique. (Parkinsonsyndrom und Encephalitis epidemica.) (*Hôp. des enfants malades, Paris.*) Progr. méd. Jg. **54**, Nr. 7, S. 249—259. 1926.

Vorstellung eines 15jährigen Knaben mit Parkinsonsyndrom, im 9. Lebensjahre litt er an epidemischer Encephalitis.

Anschließend Vorlesung über den postencephalitischen Parkinsonismus. Prognose beim Parkinsonismus der Kinder: erscheint das Syndrom im akuten Stadium, so kann es wieder zurückgehen; tritt es mehr oder minder spät auf, so sieht man auch zuweilen Remissionen, meist aber ist das Leiden mehr oder weniger schnell progressiv, mit Perioden von Verschlimmerungen und Besserungen. Es treten psychische Störungen hinzu. In Asylen sieht man häufig Kinder mit Parkinsonsyndrom und psychischen Störungen auf Grund einer epidemischen Encephalitis. Behandlung ist machtlos, kann den Verlauf nicht aufhalten. Palliativmittel: Brom, Scopolamin, Tinct. arnicae, Kakodyl, warme Dauerbäder. *Kurt Mendel.*

Bremer, Fr. W.: Über die Unterempfindlichkeit gegenüber Atropin bei den chronisch-amyostatischen Encephalitis-Kranken. (*I. med. Klin., Univ. München.*) Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. **149**, H. 3/6, S. 340—353. 1925.

Die Empfindlichkeit einzelner Menschen gegenüber Atropin ist sehr verschieden. In der Tierreihe geht nach Untersuchungen von Fleischmann, Storm van Leuwen eine ausgesprochene Atropinunterempfindlichkeit einher mit einer Adsorptionsfähigkeit des Blutserums gegenüber dem Atropin. Beim Menschen findet sich eine besonders ausgesprochene Unterempfindlichkeit dem Atropin gegenüber bei Metencephalitikern, die auch häufig dem Pilocarpin gegenüber eine verminderte Empfindlichkeit zeigen. Mit Hilfe einer biologischen Prüfung, deren Versuchsanordnung im Original nachgelesen werden muß, fand Verf. bei 3 von 6 Amyostatikern eine mehr oder minder große Bindungskraft des Serums gegenüber Atropin. *Erich Guttmann* (München).

Digitized by Google

Marguglio, Domenico: Contributo clinico allo studio delle sindromi psicomotorie post-encefalitiche. (Klinischer Beitrag zum Studium der postencephalitischen psychomotorischen Syndrome.) (*Manicomio, Palermo.*) Pisani Bd. 45, H. 1, S. 3—15. 1925.

24jähriger Patient, der im akuten Stadium u. a. eine schwere allgemeine Rigidität bot. Neben dem typischen somatischen Bild des Parkinsonismus zeigte Patient eine starke Verzögerung des Bewegungsbeginnes und -endes sowie unter Einfluß affektiver Momente plötzliche impulsive Durchbrüche der Akinesie. Verf. hält den Fall mit Unrecht für einen seltenen. Vorübergehende günstige Wirkung des Präparates „Antiscler Magiotto". *Jos. Wilder.*

Raphael, Theophile, Olive M. Searle and William G. Ferguson: The amyostatic syndrome of epidemic encephalitis. Blood sugar tolerance studies. (Studien über Blutzuckertoleranz bei amyostatischer Encephalitis.) (*State psychopathic hosp., Ann Arbor.*) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 15, Nr. 1, S. 103—109. 1926.

Bei der amyostatischen chronischen Encephalitis findet sich wie bei Schizophrenie und anderen nichtinfektiösen striären Erkrankungen, z. B. Huntington, eine Störung im Kohlenhydratstoffwechsel, Steigerung der Blutzuckermenge und verzögerte Ausscheidung. Dieses gemeinsame Vorkommen derselben Störung kann topisch bedingt sein, obwohl möglicherweise eine Leberfunktionsstörung das gemeinsame Bindeglied bildet. Andererseits wird auf die Möglichkeit hingewiesen, daß hier wie bei anderen Psychosen Störungen höherer stoffwechselregulierender Zentren bestehen. (Deutsche Literatur nur zum Teil bekannt.) *F. Stern* (Göttingen).

Westphal, A.: Zur Frage des von mir beschriebenen Pupillenphänomens bei Encephalitis epidemica (wechselnde Pupillenstarre, Spasmus mobilis der Pupillen). (*Provinzialheilanst. u. Univ.-Nervenklin., Bonn.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 51, S. 2101—2104. 1925.

Von den bemerkenswerten Beobachtungen, die Verf. mitteilt, handelt es sich 3mal um wechselnde Lichtstarre, die mit tonischem Blinzelkrampf eng verknüpft war; in den Intervallen, in denen der Blinzelkrampf fehlt, reagieren auch die Pupillen prompt. Die starren Pupillen sind mittelweit. Der Blinzelkrampf wird zum Teil durch aktiven Lidschluß hervorgerufen. Daneben parkinsonistische Erscheinungen in wechselnder Stärke. Es ist wichtig, festzustellen, daß die Tonusstörung gleichzeitig glatte und quergestreifte Muskeln ergreift. In 2 weiteren Fällen ist die Pupillenstarre mit tonischen Blickkrämpfen nach unten bzw. nach oben verbunden; auch hier in der Zwischenzeit vollkommen normale Pupillenreaktion. Störungen der Pupillenreaktion. während der Blickkrämpfe scheinen nicht selten zu sein. Ein weiterer Kranker litt an Gähnkrämpfen, die bis zu einer Stunde dauern konnten, dazu an Konvergenzkrämpfen der Bulbi; die Pupillen wurden dabei stecknadelkopfgroß und lichtstarr; daneben myoklonische Erscheinungen. Der Fall war mit der Diagnose Hysterie eingeliefert. Verf. weist auf die symptomatischen Übergänge zwischen Angstpupille, der hysterischen Reaktionsweisen der Pupille, den bei jungen Tieren und Kindern beobachteten Pupillenphänomenen und dem Spasmus mobilis der Pupillen bei katatonischen und postencephalitischen Krankheitsprozessen hin. Die mydriatische Starre kommt mehr bei funktionellen, die bei mittlerer Pupillenweite mehr bei organischen Erkrankungen vor, doch besteht keine feste Gesetzmäßigkeit. Langdauernder, spontaner Spasmus mobilis bei mittlerer Pupillenweite kommt nur, soweit bekannt, bei organischen Erkrankungen vor, das Striatum scheint dabei mitbefallen zu sein. Ein innerer Zusammenhang zwischen den Spannungszuständen der quergestreiften und glatten Muskulatur scheint zu bestehen. Genau lassen sich topisch die für die Störung verantwortlichen Zentren im striären System noch nicht fassen; wichtig ist die Feststellung, daß diese den Tonus der willkürlichen und glatten Muskulatur regulierenden Zentren nicht durch organische Schädigungen allein, sondern auch funktionelle Reize beeinflussen.

F. Stern (Göttingen).

Pascheff, C.: Sur l'ophtalmoplégie nucléaire progressive et un tic oculaire particulier de l'encéphalite léthargique épidémique. (Über die progressive nucleäre Ophthal-

Digitized by Google

moplegie und einen eigentümlichen Augapfeltik der epidemischen Encephalitis lethargica.) (*Clin. opht., univ., Sofia.*) Arch. d'opht. Bd. 42, Nr. 12, S. 705—723. 1925.

Verf. beobachtete 2 Fälle von doppelseitiger progressiver nucleärer Ophthalmoplegie bei epidemischer Encephalitis, ferner einen Fall von totaler einseitiger Ophthalmoplegie bei rezidivierender Encephalitis. Als Spätfolge einer Encephalitis lethargica sah Verf. weiterhin einen Augapfeltik: assoziierte periodische Deviation der Augäpfel nach oben. *Kurt Mendel.*

Wotzilka, Gustav: Zwei Fälle von Encephalitis lethargica mit sogenannten Otolithensymptomen. Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 14, H. 1/2, S. 312—318. 1926.

2 Fälle von epidemischer Encephalitis, bei denen Schwindel und Nystagmus nur in einer bestimmten Lage des Kopfes im Raum auftraten. Diese Besonderheit wurde von einigen Autoren auf eine Otolithenerkrankung zurückgeführt. In beiden Fällen ist aber eine periphere Labyrintherkrankung ziemlich sicher auszuschließen. Es handelt sich also in Wirklichkeit um eine zentrale Auslösung von Schwindel und Nystagmus. *F. Stern* (Göttingen).

Ravalli, Piero: Sulle forme di encefalite epidemica che simulano affezioni acute abdominali. (Über Formen der Encephalitis epidemica, welche akute Abdominalleiden vortäuschen.) (*Arcisped. Sant'Anna, Ferrara.*) Giorn. di psichiatr. clin. e tecn. manicom. Jg. 53, H. 4, S. 259—267. 1926.

Ravalli weist auf die Polymorphie des Bildes der Encephalitis epidemica hin, die mitunter auch akute Abdominalleiden vortäuschen und zu operativen Eingriffen führen kann; es ist eine Appendicitis, Nierenkolik, Ileus und andere Abdominalleiden vermutet und danach nicht so selten gehandelt worden. (Massari, Schlesinger, Netter, Schaller und Oliver, Fass, Bolaffi, Bonhoeffer, Pal, Donati, Langendorf usw.). In dem beschriebenen Falle bestand zuerst der Verdacht einer Cholecystitis oder Appendo-Cholecystitis (Erbrechen, Urobilinurie, Druckschmerz, Bauchmuskelkrampf usw.). Das schnelle Schwinden dieser Störungen wie das Auftreten einer Facialislähmung, Sphincterenstörung und Bewegungsstörungen an den Händen mit motorischer Schwäche führten zur richtigen Diagnose. Der Schmerz im Abdomen kann bei der Encephalitis anfangs als monosymptomatisches Symptom auftreten und kann ein Gallen-Leberleiden, Blinddarmaffektion, tabische Krisen, Nierenkoliken vortäuschen, bis dem Schmerzstadium der Krankheit Lähmungen, myoklonische Zuckungen, Augenmuskelstörungen folgen. Die Schmerzen werden durch Affektion der Rückenmarkswurzeln erklärt (radikuläre Form der Encephalitis). Auch starke Spasmen der Bauch- und Darmmuskeln können gelegentlich Schmerzen bei Encephalitis erzeugen. *S. Kalischer* (Schlachtensee-Berlin).

Maslov, E.: Ein Fall von chronischer epidemischer Encephalitis mit einer seltenen Störung der äußeren Sekretion. Sovremennaja psichonevrologija Jg. 1, Nr. 6/7, S. 100 bis 107. 1925. (Russisch.)

Beschreibung eines Falles von postencephalitischer Hypoparasympathikotonie, sich kundgebend in Hyperämie und Trockenheit der Schleimhäute, Hyposekretion der Speichel- und Schleimdrüsen, der Nase und Bronchien, Abnahme des Magensaftausflusses (Achylia gastrica), der Pankreas- und Gallensekretion. Auffallenderweise waren entgegen den herrschenden physiologischen Anschauungen die Tränen- und Schweißsekretion nicht beeinflußt. Appetitlosigkeit, Obstipation, Meteorismus und Verkleinerung der Schilddrüse. Die lange Dauer der stationären Erscheinungen spricht nach Verf. für postencephalitische Degenerationsprozesse in den basalen vegetativen Zentren. *Higier* (Warschau).

Kafka, František: Exogener Reaktionstyp (Bonhoeffer) bei epidemischer Encephalitis. Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 52, S. 1861—1863. 1925. (Tschechisch.)

Der exogene Typus Bonhoeffers gilt hauptsächlich nur für die akuten Formen der Encephalitis epidemica (Delirium, Amentia) mit überwiegender Pathoklise der Rinde, keineswegs für die chronischen Stadien, mit haupsächlich mesencephalitischer Lokalisation, bei denen die Bewußtseinstrübung, ein grundlegendes Zeichen der Bonhoefferschen Konzeption, fehlt. *O. Wiener* (Prag).

Vermeylen, G.: Troubles mentaux encéphalitiques chez un enfant. (Encephalitische psychische Störungen bei einem Kinde.) Journ. de neurol. et de psychiatrie Jg. 25, Nr. 10, S. 635—640. 1925.

12jähriges Kind, im Alter von $3^1/_2$ Jahren Encephalitis mit Diplopie und Schlafsucht, vor allem aber delirante Phasen mit visuellen Halluzinationen. Später Wesensänderung mit

Digitized by Google

allgemeiner Verlangsamung, Erregungszuständen, Neigung zu Bosheiten, nächtlicher Unruhe. Die Hypothese, daß alle Wesensänderungen beim Kinde nach Encephalitis nur auf eine excitomotorische Grundlage zurückzuführen sind, genügt nach Ansicht des Verf. nicht. Beide Formen, excitomotorische Zustände und echte Charakterveränderungen, kommen vor; vielleicht entwickeln sich die Charakterveränderungen aus dem Zwischenzustand der Triebunruhe heraus. *F. Stern* (Göttingen).

McKinley, J. Charnley, and Lawrence R. Gowan: Neuron destruction in postencephalitic paralysis agitans. A micrometric study of the lenticular region and substantia nigra. (Neuronenzerstörung bei postencephalitischem Parkinsonismus.) (*Div. of nerv. a. ment. dis., univ. of Minnesota med. school, Minneapolis.*) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 15, Nr. 1, S. 1—27. 1926.

Bei 3 Fällen von postencephalitischem Parkinsonismus und bei 3 normalen Kontrollfällen wurde — unter Berücksichtigung der nach mathematisch-statistischen Methoden berechneten Fehlerbreite — die Ganglienzellzahl im Putamen, im Globus pallidus und in der Substantia nigra bestimmt. Es ergab sich, daß im Putamen und Globus pallidus die Zahl der Norm entsprach oder wenigstens nur solche Differenzen zeigt, die auch in der Norm vorkommen und auf ungleichmäßiger Verteilung der Zellen, ungleichmäßiger Schrumpfung u. dgl. beruhen. Dagegen war in der Substantia nigra eine Zellabnahme von 58—87% nachzuweisen. Verff. schließen daraus, daß das Parkinsonsyndrom ohne jede Veränderung im Globus pallidus entstehen kann. — Nebenbei ergab sich, daß die Autoren zu einer Zeit, wo sie in der Zählung schon sehr geübt waren, bei Schätzungen Fehler bis zu 40% machten. Auf Schätzung beruhende Vergleiche von Ungeübten sind daher völlig wertlos, es sei denn, daß der Zellschwund extreme Grade annimmt. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Berezowski, Fr.: Versuche der Behandlung einiger extrapyramidaler Prozesse durch Anwendung von As + Hg + J. Nowiny psychjatr. Jg. 2, H. 4, S. 300—304. 1925. (Polnisch.)

In 8 Fällen, die teilweise als Katatonie, teils als postencephalitischer Parkinsonismus diagnostiziert wurden, wandte Verf. Quecksilber, Jod und Arsen an mit relativ gutem Erfolge, der in ungefähr der Hälfte der Fälle sich äußerte. 3 ccm Neosalutan refracta dosi intravenös in zweiwöchentlichen Abständen, je 5 Tage intramuskulär salicylsaures Quecksilber, 2 Monate hindurch $2^1/_2$ ccm Jodkali täglich. Es ist nur leider nicht überall die Differentialdiagnose strikt durchgeführt zwischen genuiner und symptomatischer postencephalitischer Katatonie. *Higier* (Warschau).

Bogaert, Ludo van: Tentatives thérapeutiques dans l'encéphalite léthargique. (Therapeutische Versuche bei Encephalitis lethargica.) Journ. de neurol. et de psychiatrie Jg. 25, Nr. 11, S. 708—718. 1925.

Verf. hat die von Carnot und Blamontier vorgeschlagene Behandlung mit intravenösen Injektionen von Natr. salicyl. kombiniert mit intravenösen Urotropin-(Urenil)-injektionen. In 7 Fällen waren die Erfolge sehr befriedigende; 5 Fälle heilten aus, 2 hatten leichte Folgeerscheinungen, 3 negativ. Verf. schließt den Einfluß der Behandlung auf den Krankheitsverlauf aus der Feststellung, daß die Krankheitserscheinungen nach Aussetzen der Therapie wiederkehrten, um nach erneuten Injektionen wieder zu verschwinden. Mitunter ist der Behandlungserfolg ein sehr plötzlicher. Man gibt 2—8 g Natr. salicyl. und 1—4 g Urenil pro Tag; der Urin muß sorgfältig überwacht werden, im übrigen findet man selten ernsthaftere Zentralerscheinungen. Die Behandlung muß längere Zeit anhalten. Orale Salicylgaben haben, selbst wenn man 20—25 g pro Tag gibt, keine Wirkung; die intravenöse Behandlung ist die Methode der Wahl. Akinetische akute Fälle scheinen besser zu reagieren als hyperkinetische. Bei Parkinsonfällen sah Verf. in 2 Fällen gar keinen Erfolg. In einem Fall mit akuten Myoklonien sah er prompten Erfolg nach hochdosierten intravenösen Jodnatriuminjektionen. Schließlich beschreibt Verf. einen Fall, den er jetzt für einen akuten Gelenkrheumatismus der Wirbelsäule mit radikulösen und spinalen Folgeerscheinungen hält. Beginn mit Wurzelschmerzen, elephantiasisartiger Anschwellung der Hände

Digitized by Google

und unteren Gliedmaßen, hartes Ödem der Wirbelsäulengegend von C_6 bis D_2, später Ausbildung eines Brown-Séquardsyndroms. Eiweiß- und Zellvermehrung im Liquor. Hier sah Verf. auch prompten Erfolg von der kombinierten intravenösen Salicyl-Urenilbehandlung. *F. Stern* (Göttingen).

Anfimov, W.: Symptomatologie und Therapie der postinfektiösen Encephalitis. Sovremennaja psichonevrologija Jg. 1, Nr. 6/7, S. 52—55. 1925. (Russisch.)

Hinweis auf postencephalitische Rhinorrhöea und auf günstige Beeinflussung der postencephalitischen Folgeerscheinungen an den Schädelnerven durch wiederholte Lumbalpunktion und der amyostatischen Parkinsonerscheinungen durch Glühlichtwannen nach Kellog. Statistische Angaben fehlen. *Higier* (Warschau).

Hassin, George B., and Isadore B. Diamond: Trichinosis encephalitis. A pathologic study. (*Pathol. laborat., research a. educat. hosp., univ. of Illinois a. state psychopathic inst., Chicago.*) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 15, Nr. 1, S. 34—47. 1926.

14jähriger Knabe erkrankt ebenso wie einige Angehörige an Durchfällen, Muskelschmerzen, Allgemeinstörungen. Im Muskel konnten Trichinen nachgewiesen werden. Delirant-stuporöser Zustand mit Muskelzuckungen; Leukocyten im Blut 25 200, davon 21% Eosinophile, 6% Lymphocyten. Hohes Fieber. Antimonbehandlung. Exitus nach 22 Tagen. Das Gehirn zeigt eine diffuse Meningitis mit Herden, in denen zahlreiche Trichinenembryos nachgewiesen werden. Im Stirnhirn Hohlräume nach Art des Etat cribré, die nicht für artifiziell gehalten werden. Lacunen in der Brücke mit zerfallener Hirnsubstanz, hyperämisch infiltrierten Blutgefäßen, Polyblasten, eosinophilen Zellen und Makrophagen. Weitverbreitet im Hirn Knötchen aus Gliasyncytien, in denen Embryonen von Trichinen gefunden werden. Gelegentlich wird auch eine ausgewachsene Trichine im Hirn gefunden; Gliareaktion hier fehlend. In zahlreichen Hirngebieten Infiltration größerer Venen aus Lymphocyten, Eosinophilen, Polyblasten, Plasmazellen, Fibroblasten; Infiltration überschreitet nicht Gefäßscheiden. In den Infiltraten finden sich auch Trichinenembryonen; einige Embryonen auch frei in Ventrikeln. Capillaren nicht infiltriert, zeigen aber Hypertrophie der Endothelien mit zahlreichen Fettkörnchen. Starke diffuse Ganglienzelldegenerationen. Neurocytophagische Gliazellen mit vielen Lipoidkörnchen. Um den Aquädukt herum starke Gliawucherung mit Trichinenembryonen. Wichtig erscheint den Verff. im Vergleich zu anderen Knötchenencephalitiden mit unbekannten Erregern, daß hier in den Gliaknötchen wie in den Infiltraten der Erreger nachgewiesen werden konnte. Die diffusen Ganglienzelldegenerationen mit Lipoidanhäufungen sind toxischer Natur; wichtig sind hier die Feststellungen anderer Autoren, daß Toxine sowohl von Trichinen wie von zerfallendem Muskelgewebe gebildet werden. Die gemachten Feststellungen unterstützen die Anschauungen derjenigen Autoren, die meinen, daß die Trichinen passiv auf dem Blutweg weiter in die verschiedenen Organe verschleppt werden, wo sie die Capillarwände durchbrechen. *F. Stern* (Göttingen).

Hirnblutung, Hemiplegie, Arteriosklerose, Encephalomalacie:

Sapiro, M.: Zur Klinik der Hemiplegie. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 480—484. 1925. (Russisch.)

Verf. hat an frischen linksseitigen Hemiplegikern während der ersten Tage nach dem Insult folgendes beobachtet: sonst psychisch vollkommen intakte Kranke nehmen nicht wahr, daß ihre linke Körperhälfte gelähmt ist. Gefragt, ob er seinen linken Arm erheben könne, bejaht der Kranke solches, schickt sich an, die verlangte Bewegung auszuführen, und überzeugt sich erst nach vergeblichen Anstrengungen davon, daß er das wegen seiner Lähmung nicht kann. Verf. erklärt diesen „partiellen Bewußtseinsausfall" als Folge einer vollen funktionellen Isolierung des rechten Sensomotoriums von der übrigen Rinde durch Druck, Ödem und andere Folgen des Insults. Ferner hat Verf. beobachtet: man kann einen schlafenden Hemiplegiker durch Nadelstiche in die anästhetische Körperhälfte leicht erwecken. Verf. erklärt diese Erscheinung gleichfalls als Folge der funktionellen Isolierung des Sensomotoriums. Das Erwachen infolge der Nadelstiche sei ein Beweis dafür, daß die Verbindung zwischen der anästhetischen Peripherie und dem isolierten Sensomotorium doch nicht vollständig unterbrochen sei; die in das Sensomotorium gelangenden Erregungen würden nicht als Stichreize perzipiert, sondern verbreiteten sich auf intercorticalen Wegen in die benachbarten Hirnpartien und erregten dort denjenigen Zustand, der für das Wachsein physiologisch ist; die Anästhesie sei in diesen Fällen eine transcorticale. *Bresowsky.*

Digitized by Google

Le Count, E. R., and C. C. Guy: The clinical differentiation of spontaneous intracerebral hemorrhage and uremia. A fourth study of coma. (Die Differentialdiagnose zwischen Hirnblutung und Urämie. Vierte Studie über das Koma.) (*Cook county hosp. a. pathol. laborat., Rush med. coll., univ., Chicago.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 26, S. 2003—2005. 1925.

Von 30 an Hirnblutungen gestorbenen Patienten hatten 67% schwere Nierenveränderungen. In keinem Falle aber war die Stickstoffretention im Blut so hoch wie bei echter Urämie, womit sich ein Weg für die Differentialdiagnose ergibt. Außerdem wird auf die Bedeutung des Nachweises von sanguinolentem oder xanthochromem Liquor für die Diagnose der Apoplexie hingewiesen. *Hans Strauss* (Frankfurt a. M.).

Dowman, Charles Edward: Thrombosis of the rolandic vein: Report of case. (Bericht über einen Fall von Thrombose der Vena Rolandi.) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 15, Nr. 1, S. 110—112. 1926.

37jähriger Mann spürte einige Sekunden lang ein krampfartiges Gefühl im rechten oberen Augenlid, bekam dann in den nächsten Tagen wiederholt Schwindelanfälle und schließlich Parästhesien, die zuerst in der linken Hand auftraten und sich nach einigen Tagen über die linke Gesichts- und Körperhälfte ausbreiteten. Gleichzeitig setzten Anfälle heftiger Kopfschmerzen, besonders in der rechten Parietalgegend ein. Die Untersuchung ergab eine Pupillendifferenz sowie auf der linken Seite leichte Parese des Armes und der Hand, minimale Hemihypästhesie, Hemiparästhesien, Astereognosis, Lagegefühlsstörung in Fingern, Arm und Bein, geringe Störung beim Gewichtsschätzen, träge Bauchdeckenreflexe und gesteigerte Sehnenreflexe. — Man dachte trotz der rapiden, nur einige Tage dauernden Entwicklung an einen Tumor des rechten Parietallappens, hielt aber auch eine Thrombose der Vena Rolandi nicht für ausgeschlossen. Die Trepanation zeigte keinen Tumor, sondern eine verdickte, harte, bläulichschwarze Vena Rolandi sowie eine (offenbar kompensatorische) Erweiterung der Nachbarvenen. Bald nach der Operation Besserung und schließlich völliges Verschwinden aller Symptome bis auf geringes Taubheitsgefühl in der linken Hand. — Die Erholung der geschädigten Zentren ist entweder auf allmähliches Eintreten der Nachbargefäße oder auf Durchgängigwerden des Thrombus zurückzuführen; vielleicht sind auch die lokalen Manipulationen an der freigelegten Stelle — man rollte die veränderte Vene zwischen den Fingern hin und her — nicht ohne Einfluß auf den günstigen Ausgang gewesen. *Taterka* (Berlin).

Radimská-Jandová, Ludmila: Über das pseudobulbäre Syndrom. (*Psychiatr. u. neurol. Klin., Prof. Mysliveček, Bratislava.*) Bratislavské lekárske listy Jg. 5, Nr. 3, S. 182—191. 1925. (Tschechisch.)

Kasuistische Mitteilung eines Falles von Kombination pyramidaler und extrapyramidaler Symptome bei Früharteriosklerose. Bei einem 40jährigen Manne entwickelt sich binnen einigen Tagen eine rechtsseitige Hemiplegie mit Dysphagie, Aphasie, Steifwerden des Gesichtes und allgemeiner Starre. Seronegativ. Exitus nach 6 Wochen. Anatomisch: Erweichungsherde in beiden Corpora striata, Thalamus, kleiner Herd in der Capsula interna. Die histologisch gefundenen Degenerationen (zum Teil Nekrosen?) in diesen Herden, weiter in der Rinde des Stirnhirns und in der Substantia nigra vergleicht Autorin mit den Befunden Creutzfeldts u. a. bei Encephalitis epidemica. *Bálint* (Košice).

Crouzon, Dereux et Kenzinger: Paralysie pseudobulbaire d'origine protubérantielle (association d'un syndrome pseudobulbaire et d'un syndrome cérébelleux). (Pseudobulbärparalyse durch einen Brückenherd. [Assoziation eines pseudobulbären mit einem cerebellaren Syndrom].) (*Soc. de neurol., Paris, 3. XII. 1925.*) Rev. neurol. Jg. 32, Bd. 2, Nr. 6, S. 747—753. 1925.

Kasuistische Mitteilung des Titelinhalts. Die Erscheinungen waren bei dem 54jährigen Patienten durch 2 in Abständen von wenigen Tagen einander folgende Insulte entstanden. *Erna Ball* (Berlin).

Linsenkernerkrankungen, Dyskinesien:

Schwartz, Ph., und K. Goldstein: Die embolische Striatumapoplexie. (*Senckenberg. pathol. Inst. u. neurol. Inst., Univ. Frankfurt a. M.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 50, S. 2154—2155. 1925.

Die Verff. beschreiben zwei Formen der durch embolischen oder thrombotischen Gefäßverschluß bedingten Striatumerweichung. Bei der ersten Form ist der vordere und obere Teil sowie der mittlere laterale Teil des Striatums befallen, bei der zweiten Form der vordere mittlere Teil des Striatums. Die innere Kapsel ist in beiden Fällen im wesentlichen unversehrt, selbst dann, wenn das Caudatum von der Erkrankung

Digitized by Google

mitergriffen ist. Von der ersten Form wurden 12 Fälle beobachtet, davon 8 im Anschluß an eine akute Endokarditis, 2 thrombotische nach einem Trauma und Syphilis. In 2 weiteren Fällen konnte die Ursache der Blutung nicht gefunden werden. Gelegentlich ist das Claustrum — auch dies wieder elektiv unter Schonung der Capsula externa und extrema — mitbefallen. Häufiger sind die an die Inselgegend anstoßenden Gebiete von F I und T I befallen. Der 2. Typus, der nur ganz kurz erwähnt wird, grenzt nach oben hin an das untere Ende des von dem 1. Typus befallenen Gebietes. Auf die Frage, welche Gefäße bei den Blutungen in Betracht kommen, wird nicht eingegangen, und es wird betont, daß klinisch Pyramidensymptome und Sensibilitätsstörungen fehlen, dagegen striäre Symptome vorhanden sind. (Ref. glaubt nach seinen Erfahrungen, daß die auf das Striatum beschränkten Blutungen und Erweichungen noch häufiger sind als die Verff. annehmen.) *Paul Schuster* (Berlin).

Leščenko, G.: Zur Lehre von der Pseudosklerose. Sovremennaja psichonevrologija Jg. 1, Nr. 2, S. 11—17. 1925. (Russisch.)

In diesem Beitrag zur Lehre von der Pseudosklerose teilt Verf. die Krankengeschichte einer 18jährigen Patientin mit, die mit folgenden Beschwerden in die Klinik aufgenommen wurde: Zittern im ganzen Körper, leichte Ermüdbarkeit in den Extremitäten und Veränderung der Sprache. Beginn der Krankheit mit 12 Jahren, als zum 1. Male ein epileptiformer Anfall beobachtet wurde. Diese Anfälle haben sich mehrmals wiederholt und traten später immer häufiger und häufiger auf; als konstanter Vorbote galt das plötzlich eintretende Gefühl der Leichtigkeit im linken Fuß. Im 14. Lebensjahre — mit der ersten Menstruation — hörten diese Anfälle auf. Die Sprache blieb aber seit dieser Zeit verlangsamt und monoton. Später trat ein Zittern in den Extremitäten und im Kopf ein. Gesteigerte Salivation. Leichte Ermüdbarkeit, besonders der oberen Extremitäten. Auffallende Charakterveränderung: Patientin ist sehr gereizt, zerstreut. Bei der elektrischen Untersuchung ist die myasthenische Reaktion nicht zu verkennen. Keine pathologischen Reflexe. Kein Nystagmus. Sensibilität normal. Das Zittern hat einen vorwiegend oscillatorischen Charakter und wird durch willkürliche Bewegungen verstärkt. Amimie. Augenhintergrund nicht verändert. Verf. ist der Ansicht, daß dieser Fall als Pseudosklerose aufzufassen ist. *L. Arinstein* (Charlottenburg).

Wimmer, August: Studien über extrapyramidale Syndrome. VI. Infantiler Torsionsspasmus mit einleitenden tonischen halbseitigen Spasmen. Striäre Epilepsie. (*Nervesindssygeafd., Kommunehosp., København.*) Hospitalstidende Jg. 68, Nr. 28, S. 666 bis 672 u. Nr. 29, S. 673—681. 1925. (Dänisch.)

Wimmer beschreibt hier einen Fall von infantilem Torsionsspasmus bei einem 14jährigen Knaben mit einleitenden tonischen halbseitigen Spasmen. Im Jahre 1918 waren Vater und Bruder an Grippe mit Encephalitis erkrankt; er selbst erkrankte zur selben Zeit, etwa im 8. Lebensjahr, ohne Zeichen der Encephalitis gehabt zu haben, mit dem Bilde des Torsionsspasmus, dem Anfälle von tonischen halbseitigen Spasmen vorausgingen, die 5 Jahre die einzige Erscheinung bildeten. Diesen Zustand kann man als striäre Epilepsie bezeichnen, da er sicher, wie der Torsionsspasmus, auf eine Erkrankung des Neo-Striatum zurückzuführen ist und extracortical und extrapyramidal lokalisiert ist. Fälle striärer Epilepsie mit Anfällen tonischer Krampfzustände sind bereits vielfach beschrieben (Stertz, Spielmeyer, Jacob, Richter, Thomalla), wo der Sitz im Neo-Striatum festgestellt wurde. Diese Fälle zeigen Übergänge zur Athétose double. Die striäre Epilepsie ist keine eigene Krankheitsform, sie ist eine der Äußerungsformen der verschiedenen striären Hyperkinesen, mit denen sie oft auch gleichzeitig, so auch bei Encephalitis, vorkommt. Hier wird der Torsionsspasmus wie die striäre Epilepsie auf eine schleichend verlaufende chronische Encephalitis zurückgeführt, zumal Vater und Bruder kurz vor dem Beginn der Erkrankung des Knaben an epidemischer Encephalitis erkrankt waren. (V. vgl. dies. Zentrlbl. 42, 289.)

S. Kalischer (Berlin-Schlachtensee).

Izenko, N.: Ein Fall von Athétose double, kombiniert mit Torsionsspasmus (Ziehen-Oppenheim) im Zusammenhang mit der Lehre von den dystonischen Syndromen. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 336—341. 1925. (Russisch.)

Jetzt 26jähriger Mann jüdischer Abkunft war bis zu seinem 14. Lebensjahre körperlich

Digitized by Google

und geistig zurückgeblieben, galt als „Idiot", konnte kaum gehen, zog es vor zu kriechen, fing erst mit 12—13 Jahren an zu sprechen. Mit 14 Jahren fast sprungweise geistige Entwicklung, zu gleicher Zeit aber Auftreten unzweckmäßiger Bewegungen der Arme, Beine, der Zunge; Patient verliert die Fähigkeit zu schreiben, kann nur mit Mühe sprechen, verbringt die Zeit dauernd im Bett. Als Reaktion auf die geringsten Reize treten bei ihm auf: athetotische Bewegungen der Finger, Zehen, der Zunge, der Gesichtsmuskulatur, Mitbewegungen in den großen Gelenken der Extremitäten, Verdrehungen des Kopfes, des rechten Fußes u. dgl. mehr. Beim Versuch zu stehen und gehen: Schwanken, Verdrehungen der Wirbelsäule, wechselnde Skoliose und Lordose, dabei Fortdauer der beschriebenen Bewegungsanomalien der Finger, Zunge usw., Speichelfluß. Verf. faßt den geschilderten Fall als Kombination von Athétose double und Torsionsspasmus auf. *Bresowsky* (Dorpat).

Kleist, K.: Paralysis agitans, Stammganglien und Mittelhirn. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 42, S. 1725—1726, Nr. 43, S. 1768—1771 u. Nr. 44, S. 1813—1815. 1925.

In diesem Aufsatze gibt Kleist ein kritisches Referat zu F. H. Lewys Buch „die Lehre vom Tonus und der Bewegung" und schließt hieran einige ergänzende Bemerkungen über die Pathophysiologie der Stammganglien- und Mittelhirnfunktionen und -bewegungsstörungen. Er hält es für erwiesen, daß der Untergang der striären Großzellen samt dem der kleinen Zellen nicht zur Steifigkeit führe, sondern nur zu leichten akinetischen und Koordinationsstörungen. Man müsse ferner damit rechnen, daß auch vom Basalkern eine Enthemmung niederer tonischer Reflexe erfolgen könne. Er bejaht ferner die Frage nach dem Vorkommen einer menschlichen Enthirnungsstarre, glaubt, daß es auch beim Menschen eine einseitige Enthirnungsstarre durch Verletzung der Rotenkerngegend gibt, und hält die bei Erkrankung der basalen Ganglien beobachteten Starrezustände mit der Enthirnungsstarre bei Tier und Mensch nicht identisch. Das Zittern der Palalysis agitans hält er für einen Antagonistentremor, und zwar für ein Zittern der automatischen Statik bei der unwillkürlichen und unbewußten Innehaltung von Stellungen und bezieht es auf die Degeneration der striären Großzellen. Bei den vom Striatum ausgehenden choreatischen Bewegungen läßt sich ebenso wie für die ticartigen mesencephalen Unruheformen das Vorherrschen der Streckantriebe nachweisen; die kleinen striären Koordinationszellen liefern hauptsächlich Beugeimpulse; ihr Ausfall oder ihre mangelhafte Bedienung vom Thalamus oder Bindearmsystem her gibt deshalb Streckimpulen das Übergewicht, die vom Pallidum ausgehen. Die Beteiligung des Pallidums hält auch K. für gewisse Formen der Athetose für entscheidend. *A. Jakob* (Hamburg).

May, Etienne: Tremblement parkinsonien unilatéral et rhumatisme déformant croisé. (Einseitiges Parkinsonzittern und deformierender Rheumatismus der anderen Seite.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 42, Nr. 3, S. 94—97. 1926.

Zwei Fälle werden mitgeteilt. Das Zusammenvorkommen von Parkinsonscher Krankheit und chronischem Rheumatismus läßt an einen pedunkulären Ursprung bei gewissen deformierenden Rheumatismen denken. In den beiden mitgeteilten Fällen handelt es sich um Formes frustes von Parkinsonismus. Das Leiden offenbarte sich nur in Zittern der einen Körperseite (ohne Rigidität); hinzu kam der deformierende Rheumatismus auf der anderen Körperseite. Es ist nicht mit Sicherheit zu entscheiden, ob beide Leiden auf eine Läsion zurückzuführen sind oder ob es sich um 2 nebeneinander bestehende Läsionen handelt. Bei dem Rheumatismus handelt es sich vielleicht um vasomotorische oder muskuläre Störungen sympathischen Ursprungs. Beide Fälle sind wahrscheinlich auf eine abortive Encephalitis lethargica zurückzuführen.

Kurt Mendel.

● **Foti, Pietro: La corea del Sydenham con speciale riguardo all'etiopatogenesi ed alla terapia.** (Die Sydenhamsche Chorea mit besonderer Berücksichtigung der Ätiopathogenese und der Therapie.) Reggio di Calabria: Tip. Ditta Moscato 1924. 147 S.

Vorwiegend referierende monographische Darstellung des Krankheitsbildes mit besonderem Eingehen auf die ätiologischen, pathogenetischen und therapeutischen Probleme. Eine einheitliche z. B. rheumatische Ätiologie wird abgelehnt, eine besondere, durch die Wachstumsperiode erzeugte Prädisposition des Nervensystems als

Digitized by Google

wahrscheinlich angenommen. Diese wird erschlossen aus der besonderen Häufigkeit des Leidens bei Mädchen im Alter von 6—15 Jahren. Der pathologisch-anatomische Prozeß ähnelt dem einer Polienciephalitis diffusa mit Lokalisation in der motorischen Zone und im Striatum, und ist imstande, die Symptomatik des Leidens zu erklären. Bei der Analyse der choreatischen Bewegungsstörung fehlen Hinweise auf das Verhalten des Dehnungswiderstandes, der Fixationsspannung und des plastischen Muskeltonus. Alle sonstigen Symptome der Erkrankung sind eingehend berücksichtigt. Eine spezifische Behandlung des Leidens ist nicht möglich. Die Therapie hat sich in jedem einzelnen Falle nach der Ursache der Erkrankung zu richten. *Zingerle* (Graz).

Benedek, Ladislaus: Phlogetan-Therapie bei Chorea infectiosa. (*Klin. f. Psychiatrie u. Nervenheilk., Univ. Debrecen.*) Med. Klinik Jg. 22, Nr. 3, S. 104—105. 1926.

Die Erfolge, die Verf. bei toxischen infektiösen Erkrankungen des Zentralnervensystems mit der Protein-Therapie erreichte, veranlaßten ihn, bei Chorea minor Phlogetan anzuwenden. Es verkürzte den Verlauf des Leidens bedeutend und bewirkte einen verhältnismäßig sehr schnellen Rückgang der krankhaften Erscheinungen. In Fällen, welche ein besonderer Hang zu Rückfällen kennzeichnet, scheint das Phlogetan die definitive Heilung eher zu sichern. 4 Fälle werden genauer mitgeteilt. Die Gesamtdosis der Phlogetankur soll 50—60 ccm erreichen. Keine schädlichen Nebenwirkungen. Außerdem wende man an: Hemmungsübungen, Willensgymnastik, kräftige Ernährung, protrahierte Bäder und in besonders schweren Fällen Scopolamin. hydrobrom.

Kurt Mendel.

Lehoczky-Semmelweis, Kálmán: Interessanter Fall von Chorea gravidarum. Orvosi Hetilap Jg. 70, Nr. 5, S. 110—111. 1926. (Ungarisch.)

In Mens IV Schwindel, Kopfschmerz, Schlafsucht; 2 Wochen lang Fieber, Gelenkschmerzen, Schwellung des rechten Knies, Doppeltsehen. Wurde als Polyarthritis chronica behandelt. Nach 4 Wochen typische Hemichorea dextra. Gewichtsabnahme, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit. Während des Schlafes keine choreatischen Bewegungen. Nystagmus, träge Sehnen- und Periostreflexe. Kein Fieber. Therapie nach der Aufnahme (im 7. Monat): Fleisch- und salzlose Diät, Brom, Luminal, Seruminjektionen, Traubenzuckerinfusionen. Trotzdem weitere Gewichtsabnahme, gelegentlich cyanotische Zustände, Unruhe. Unterbrechung der Schwangerschaft. 5 Stunden nach Einführung eines Baumm-Ballons wurde ein 7 Monat altes lebendes Kind geboren. Im Wochenbett Fieber bis 38°, Puls 120—132, Verschlechterung des Zustandes. Nach 2 Tagen Exitus. Die Sektion ergab eine parenchymatöse Degeneration des Herzens, der Nieren und der Leber ,mäßiges Ödem der weichen Hirnhäute, hämorrhagische Flecke in den basalen Ganglien. Histologisch: Perivasculäre Infiltration, herdförmiger Zellenausfall und Gliakernvermehrung im extrapyramidalen System, namentlich im Striatum, Thalamus und in der Substantia nigra Sömmeringii; also dieselben entzündlichen und degenerativen Veränderungen, die man sonst bei Chorea findet.

Es handelt sich hier wohl nicht um eine Schwangerschaftstoxikose, sondern sicherlich um eine Infektion. Dafür sprechen das Fieber, die polyarthritischen Beschwerden und der Sektionsbefund. Die durch die Infektion bedingten Läsionen waren so stark, daß trotz dem Abort das Leben der Mutter nicht mehr zu retten war.

F. Klauber (Budapest).

Aphasie, Agraphie, Apraxie, Agnosie:

Heverоch, Ant.: Anatomische Grundlage der Aphasie. Časopis lékařů českých Jg. 65, Nr. 1, S. 16—20 u. Nr. 2, S. 56—63. 1926. (Tschechisch.)

Verf. gibt zunächst einen ausführlichen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung der Lokalisationslehre der Aphasie: Broca, Lichtheim, Wernicke, Dejerine, Monakow, Marie, Niessl von Mayendorf, Mingazzini. Er wiederholt dann kurz seine eigene klinische Auffassung der Aphasien. Heverоch unterscheidet 3 Funktionen oder Etagen der Sprache: die mnestische, die meristische und die arthrische. Die mnestische Funktion ist das Gedächtnis für Sätze und Worte; durch sie verstehen wir Sätze und Worte (perzeptive) und erinnern uns ihrer, um unsere Gedanken auszudrücken (expressive). Die mnestische Funktion ist eine bewußte psychische Funktion. Die meristische Funktion ist automatisch, also unbewußt, eine durch Übung

Digitized by Google

erworbene geistige Fähigkeit. Durch sie zerlegen wir automatisch das Gehörte in Sätze und Worte oder sie ist die automatische Auslösung von Worten und Sätzen zu den Gedanken (expressiv). Die arthrische Funktion ist die Aussprache der Laute. Ihr entspricht im perzeptiven Teil das Erkennen der einzelnen Laute mit dem Gehör oder der Buchstaben mittels des Gesichts. Was die Lokalisation dieser Funktionen betrifft, so nimmt H. an, daß die niedrigste Stufe, die primäre Perzeption in den Sinnesfeldern lokalisiert sei; die arthrische Funktion sei im untersten Drittel der vorderen Zentralwindung lokalisiert. Die meristischen Funktionen lokalisiert er in die erweiterte Wernickesche bzw. Brocasche Gegend und den Gyrus angularis. Die mnestischen Funktionen könne man überhaupt nicht lokalisieren, sie werden durch allgemeine Störungen (Ermüdung, Alter, Arteriosklerose, Vergiftungen) geschädigt. Es gibt kaum ausschließlich corticale Läsionen, fast immer ist die subcorticale weiße Substanz mitbetroffen. Die Grenze zwischen den meristischen und primär perzeptiven Funktionen ist nicht bekannt. Die klassische Lehre lokalisierte die Aphasietypen zu eng, die Mariesche Linsenkernzone ist zu weit. *Sittig* (Prag).

Mayendorf, E. Niessl von: Kritische Studien zur Methodik der Aphasielehre. Abh. a. d. Neurol., Psychol. u. ihren Grenzgeb. Jg. **1925**, H. 27, S. 1—108. 1925.

Niessl von Mayendorf sucht zunächst in einer methodisch-kritischen Einleitung die Gründe festzustellen, warum die Lokalisationslehre so wenig weitergekommen ist. Man habe sich zu sehr mit der groben Bestimmung der Windung bei der Abgrenzung der den Funktionsstörungen parallel gehenden Läsionen begnügt und nicht genügend berücksichtigt, daß die morphologischen Grenzen der Windungen für die Bestimmung eines funktionell einheitlichen Gebietes nicht geeignet seien. Man habe den Unterschied, der in der Läsion des subcorticalen Markes oder der Rinde bestehe, nicht genügend beachtet u. a. m. So mußte man das Ziel verfehlen, das darin besteht, einerseits die Windung zu entdecken, deren gestörte Leistungsfähigkeit die pathologischen Symptome hervorrief, andererseits die physiologische Bedeutung der Windung aufzuklären (S. 8). Als einen grundsätzlichen Fehler betrachtet es N., wenn man dem Lokalisationsversuch eine psychologische Betrachtung zugrunde legt. Im Anschluß an diese allgemeinen Erörterungen bespricht N. zunächst die Anschauungen Henschens. Vor allem handelt es sich um die Lokalisation der motorischen Aphasie und die Bedeutung des untersten Abschnittes der vorderen Zentralwindung für diese. N. verteidigt hier seine bekannte Auffassung, daß dieser Gegend die Hauptbedeutung für das Eintreten der motorischen Aphasie zukomme und daß die Dysarthrie durch eine Leistung der rechten Hemisphäre zustande komme. Im 2. Abschnitt bespricht er das Problem des Agrammatismus, kritisiert vor allem die Picksche Auffassung, lehnt dessen Annahme ab, daß dem Agrammatismus eine Schädigung einer besonderen psychischen Leistung zugrunde liegt, und führt den Agrammatismus schließlich auf eine Leistung der rechten Hemisphäre zurück — sowohl bei Läsion der linken Hörsphäre wie der linken motorischen Sprachregion. Im letzten Abschnitt nimmt N. Stellung zu der Lehre von Mingazzini, speziell dessen Auffassung von der motorischen Aphasie, die er ebenfalls glaubt ablehnen zu sollen. *K. Goldstein* (Frankfurt a. M.).

Henschen, S. E.: Bemerkung zu A. Picks „Lokalisatorische Tendenzen in der Aphasielehre". Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 3/4, S. 518—523. 1925.

Henschen wendet sich gegen einige Äußerungen, die sich in einem nachgelassenen Aufsatz Picks über den lokalisatorischen Standpunkt, wie ihn Jendrassik und H. vertreten, finden. Im Referat kann auf diese Kontroverse, die an prinzipiellste Anschauungen über die Rindenfunktion rührt, nicht eingegangen werden. (Vgl. dies. Zentrlbl. **41**, 632.) *Kurt Goldstein* (Frankfurt a. M.).

Grubel, Rudolf: Ein Beitrag zur Frage der Leitungsaphasie. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Rostock-Gehlsheim.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **76**, H. 3, S. 410 bis 430. 1926.

Eine 44jährige Frau bekommt einen apoplektischen Insult, rechtsseitige Hemiparese,

Digitized by Google

Hemianästhesie mit Beteiligung des Gesichts, anfangs auch Hemianopsie. Die Pupillen sind absolut starr, Wassermann im Liquor positiv, im Blut negativ. Anfangs war für kurze Zeit die Sprache ganz aufgehoben. Nach Schmierkur weitgehende Besserung aller Symptome, Liquor-Wassermann negativ. Es blieb eine Leitungsaphasie zurück: das Nachsprechen war viel schwerer gestört als die Spontansprache. Im einzelnen ergab die Sprachprüfung folgendes: Sprachverständnis leicht gestört, Spontansprache gestört (literale, seltener verbale Paraphasien), Wortfindung leicht gestört, Nachsprechen schwer gestört, besonders für sinnlose Wörter, Reihensprechen leicht gestört, Leseverständnis sehr leicht gestört, lautes Lesen gestört, Spontanschreiben und Diktat anfangs schwer, später leicht gestört, Abschreiben intakt. Patientin konnte manchmal Worte, die sie nicht nachsprechen konnte, nach schriftlicher Vorlage prompt sprechen; sie versuchte auch vor dem Nachsprechen das gehörte Wort aufzuschreiben. Das grammatische Verständnis war weniger gestört als das grammatische Ausdrucksvermögen, die Fehler waren überwiegend paragrammatischer Art. Das Rechnen war sehr gut, musikalisches Ausdrucksvermögen nicht sicher vergleichbar.

Aus den klinischen Erscheinungen — zur Sektion des Falles kam es nicht — konstruiert Verf. den Herd folgendermaßen: Die Hemiplegie und die Hemianästhesie in den ersten Monaten lassen wohl mit Sicherheit auf eine Kapselschädigung schließen. Die Sprachstörung findet ihre einfachste Erklärung durch die Annahme einer Ausdehnung des Herdes auf das Inselgebiet. Die anfängliche totale Aphasie ist als Diaschisiswirkung verständlich. Gegen eine Mitbeteiligung des motorischen Sprachzentrums spricht die schnelle und weitgehende Restitution der Expressivsprache. Dagegen dürfte der Übergangsteil vom Schläfen- zum Hinterhauptslappen betroffen sein (anfängliche Hemianopsie). Wegen der dauernden, wenn auch leichten Störung des Sprachverständnisses möchte Verf. eine Schädigung des Wernickeschen Zentrums annehmen. Für die Beteiligung des hinteren Schläfenlappens sprechen vielleicht auch die grammatischen Störungen. In beiden bisher anatomisch untersuchten Fällen von Leitungsaphasie (Pick, Liepmann und Pappenheim) war neben einer Läsion des Zwischengebietes eine Verletzung des Wernickeschen Gebietes vorhanden. *Sittig.*

Pötzl, O.: Über sensorische Aphasie im Kindesalter. (*Psychiatr. Klin., dtsch. Univ. Prag.*) Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **14**, H. 1/2, S. 190—216. 1926.

Ein 7jähriges Kind war ohne bemerkbare Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens sensorisch-aphasisch geworden. Es hatte sich normal entwickelt und hatte bis dahin gut gesprochen. Im Beginn der Erkrankung fehlte das Sprachverständnis völlig, das Kind war unaufmerksam auf alles Sprachliche, das ihm nicht direkt ins Gesicht gesprochen wurde. Es bestanden literale und verbale Paraphasien, keine Logorrhöe, Nachsprechen war zunächst unmöglich. Das Kind las alle Buchstaben, die es schon in der Schule gelernt hatte, mühelos; ebenso schrieb es ganz ohne Entgleisung und in dem Ausmaße der bis dahin erworbenen Kenntnisse. Die Prüfung mit der kontinuierlichen Tonreihe ergab, daß alle Töne auf beiden Ohren perzipiert wurden, nur war die Perzeption im Bereiche von C″ bis H″ (16—30 Schwingungen) verkürzt bzw. sie fehlte. Die sensorische Aphasie besserte sich weitgehend erst nach mehr als halbjähriger Dauer und unter Sprachunterricht.

Verf. vergleicht diese kindliche sensorische Aphasie mit der der Erwachsenen; sie stand zwischen dem Bilde der reinen Worttaubheit (subcorticalen sensorischen Aphasie Wernickes) und dem Bilde der gewöhnlichen Worttaubheit (corticalen sensorischen Aphasie Wernickes), bei der die Sprachtaubheit im Falle des Erwachsenen ohne Unterricht und verhältnismäßig rasch sich zurückzubilden pflegt. Was die Intaktheit des Lesens und Schreibens bei dem Kinde anbelangt, so könnte man annehmen, daß bei dem Kinde noch nicht jene innige Durchdringung zwischen Schriftsprache und Lautsprache stattgefunden hat. Wenn diese Anschauung zutrifft, dann ergibt sich aus ihr die Folgerung, daß eine sensorische Aphasie des Kindesalters in bezug auf die Intaktheit der bereits erworbenen Anfänge der Schriftsprache sich wie eine reine Worttaubheit des Erwachsenen verhalten kann, ohne in den Herdverhältnissen mit dieser übereinzustimmen. Bei dieser Kinderaphasie bildet sich das Sprachverständnis nur sehr langsam und mangelhaft zurück, während sich die Spontansprache besser und rascher zurückgebildet hat. Nimmt man eine doppelseitige Läsion an, so gleicht diese Aphasie einer reinen Worttaubheit des Erwachsenen, die aber einen milderen Verlauf nimmt; nimmt man eine einseitige Läsion an, so ist die rein akustisch-gnostische Leistung des Sprachverständnisses ungleich schwerer geschädigt als unter gleichen Bedingungen

Digitized by Google

beim Erwachsenen. Beide Annahmen sind etwa gleich wahrscheinlich; es steht frei, sich für die eine oder für die andere zu entscheiden. Die Durchsicht der gesamten einschlägigen Verhältnisse ergab, daß die gleiche Unentschiedenheit gegenwärtig noch für die sensorische Aphasie des Kindesalters überhaupt gilt, während für die motorische Aphasie des Kindesalters der leichtere Verlauf und die bessere Rückbildung bekanntlich bereits als sichergestellt betrachtet werden können. Es wird daher hier die Frage aufgeworfen und zur Beantwortung durch die Sammlung eingehend studierter einzelner Beobachtungen empfohlen, ob die Läsion der Wernickeschen Stelle im Kindergehirn nicht im Gegensatz zur Läsion der Brocaschen Stelle schwerere Folgen nach sich zieht als beim Erwachsenen. Berücksichtigt man die große Anzahl von Imbecillen und Idioten mit mangelhafter Entwicklung der Intelligenz und Sprache und mit „psychischer" oder „zentraler" Schwerhörigkeit, dann wird es als ebenso möglich erscheinen, daß die Läsionen der Wernickeschen Stelle im Kindesalter häufiger sind als man glaubt, daß sie aber vielfach zu sehr schweren Folgen führen. Bedenkt man, daß die Rückwirkung der sensorischen Aphasie auf die Psyche des Erwachsenen bekanntlich eine ungleich eingreifendere ist als die Rückwirkung einer motorischen Aphasie auf die Psyche, so wird man zugeben, daß die Frage, ob nicht eine sensorische Aphasie des Kindesalters für die weitere Entwicklung der Psyche besonders schwere Folgen hat, zum mindesten aufgeworfen zu werden verdient. *Sittig* (Prag).

Hirngeschwulst, Hirnabsceß:

Schönbauer, L.: Zur Diagnostik und Indikationsstellung der Tumoren des Großhirns und des Kleinhirns. (*Chir. Univ.-Klin., Harvard Univ., Boston.*) Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 38, H. 4, S. 516—524. 1925.

Schönbauer berichtet über Erfahrungen, die er bei Cushing mit Untersuchungen und Indikationsstellung zu chirurgischen Eingriffen bei Hirntumoren gemacht hat. Großes Gewicht wird auf die Anamnese, namentlich auf die allerersten Störungen in weit zurückliegender Zeit gelegt. Auch die Röntgenstereoskopie findet bei der Diagnosenstellung besondere Berücksichtigung. Da die Mortalität der Ventrikulographie 8,6% beträgt, wird diese Untersuchungsmethode von Cushing abgelehnt und an ihrer Stelle die Ventrikelprobepunktion im Anschluß an die entlastende Trepanation verwendet. Es gelingt mit diesem Verfahren häufig, Aufschluß über Erweiterung und Verödung einer ganzen Kammer oder eines ihrer Teile zu erhalten. Bei nicht sicher lokalisierbarer Geschwulst und Gefahr für das Augenlicht wird eine entlastende subtemporale Trepanation ausgeführt und das Erscheinen von Herderscheinungen abgewartet. Dann erst wird über dem Herd eine osteoplastische Trepanation angeschlossen. Bei mehr als einem Drittel aller Entlastend-Trepanierten kam es zu weiteren Eingriffen, bei manchem Kranken mußte der Schädel drei- und viermal eröffnet werden. Wegen der Neigung, eher Teile der Neubildung zurückzulassen, als das Leben zu gefährden, sind sehr häufig Rezidivoperationen notwendig. *E. Heymann* (Berlin).

Riley, Henry Alsop, and Charles A. Elsberg: Differential diagnosis between cerebral degeneration, infiltrating cerebral neoplasm and infiltrating cerebral neoplasm with degeneration. (Differentialdiagnose zwischen Hirndegeneration, infiltrierendem Hirntumor und infiltrierendem Hirntumor mit Degeneration.) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 15, Nr. 1, S. 48—74. 1926.

Die Differentialdiagnose zwischen einer cerebralen Gefäßläsion, einem infiltrierenden Tumor und der Kombination beider Zustände kann sehr schwer sein. — Im allgemeinen kommt die Thrombose bei Menschen vor, welche kardio-vasculäre Störungen haben, oder sie tritt im Anschluß an eine Infektions- oder eine mit Inanition einhergehende Krankheit auf. Wenn der Thrombus ein großes Gefäß betrifft, so zeigen die Symptome Herdcharakter und bessern sich nach dem akuten Beginn sehr schnell. Handelt es sich jedoch um eine allgemeine cerebrale Gefäßerkrankung, so sind die Symptome oft von intermittierendem oder remittierendem Charakter und

Digitized by Google

langsam fortschreitend. Dabei finden sich häufig psychische Symptome und die motorischen und sensorischen Störungen entsprechen oft weit auseinanderliegenden Bezirken beider Hemisphären. Beiden Formen der Thrombose geht häufig eine manchmal jahrelange Periode sensomotorischer oder psychischer Symptome voraus. Letztere kommen auch bei den infiltrierenden Tumoren, besonders denjenigen der stummen Regionen, vor. Ehe demnach allgemeine Hirndrucksymptome oder Zeichen einer fortschreitenden Schädigung eines bestimmten Territoriums auftreten, kann die Differentialdiagnose unmöglich sein, wenn man nicht eine Probepunktion oder Lufteinblasung vornimmt. Erweichungsprozesse, die sich im Zusammenhang mit einem tiefer gelegenen Tumor entwickeln, können sich durch die Symptome der langsam zunehmenden Gefäßdegeneration bemerkbar machen. Diese Gefäßdegeneration ist meist auf eine Hemisphäre resp. auf ein bestimmtes Gefäßgebiet einer Hemisphäre beschränkt. In der Regel sind Personen in mehr jugendlichem Alter und solche, die keine allgemeinen kardio-vasculären Störungen aufweisen, betroffen und der Verlauf ist konstanter fortschreitend als bei diffuser vasculärer Erkrankung. In den Fällen, in welchen Tumorbildung und Erweichung kombiniert sind, fehlen die Zeichen des Hirndrucks oft für lange Zeit, offenbar deshalb, weil die Erweichung im Schädelinnern Platz schafft. Wenn man bei der Operation erweichte Rindengebiete findet, so beweist das nicht, daß nicht ein subcorticaler Tumor (der die Erweichung bedingt hat) vorliegt. Selten kann auch ein Endotheliom Erweichungsprozesse bedingen, nämlich dann, wenn es ein großes Gefäß verschließt. In einem solchen Falle können die Symptome der Erweichung diejenigen des Tumors für lange Zeit verdecken. *Paul Schuster* (Berlin).

Pick, Friedel: Zur Diagnostik der Geschwülste des Stirnhirns und der hinteren Schädelgrube. (*Laryngol. Inst., dtsch. Univ. Prag.*) Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **14**, H. 1/2, S. 182—189. 1926.

3 Beobachtungen werden benutzt, um auf die oft schwierige Differentialdiagnose zwischen Stirnhirntumoren und Tumoren der hinteren Schädelgrube hinzuweisen. Es sei besonders stets an diametral sich auswirkende Druckerscheinungen zu denken.

Hans Strauss (Frankfurt a. M.).

O'Sullivan, John: Some rarer intracranial calcifications and ossifications. (Einige seltenere intrakranielle Verkalkungen und Verknöcherungen.) Brit. journ. of radiol. Bd. **30**, Nr. 301, S. 295—304. 1925.

Bei 3 Fällen im Alter von 24—26 Jahren fand sich eine bilateral-symmetrische, schalenförmige Verknöcherung der Dura im Bereich der Scheitelgegend, entlang dem Verlauf des Sinus longitudinalis (retrobregmatische Ossification der Dura). Es dürfte sich um Verknöcherung von subduralen Hämatomen oder von pachymeningitischen Membranen handeln. Klinisch bestanden im ersten Fall Symptome eines Hirntumors, im 2. Fall Symptome eines Hydrocephalus, im 3. Fall hartnäckige Kopfschmerzen. 2 weitere Fälle, deren einer durch Obduktion verifiziert wurde, zeigten die für verkalkte Cysticerken des Gehirns charakteristischen, erbsengroßen, kugeligen Schattenflecken. Bei weiteren 3 Fällen, welche Kinder im Alter von 10—13 Jahren betrafen, fanden sich im Hirnstamm kirschkern- bis kirschengroße Hirnsteine. Dieselben zeigen scharfe, zackige Ränder. Klinisch bestand Epilepsie oder cerebrale Kinderlähmung. Schließlich konnte bei einem 45jährigen Mann als Substrat eines klinisch supponierten Tumors des Occipitallappens ein als Psammom aufzufassender Kalkschatten innerhalb des Hinterhorns des Seitenventrikels aufgefunden werden. *A. Schüller.*

Escuder Núñez, P.: Les tumeurs du lobe frontal (abcès exceptés). Contribution à l'étude clinique de ce lobe. (Die Tumoren des Stirnlappens mit Ausschluß der Abscesse. Beitrag zum klinischen Studium dieses Lappens.) (*Hôp. Pasteur, Montevideo.*) Encéphale Jg. **21**, Nr. 1, S. 37—56. 1926.

Auf Grund von 18 Fällen, 3 eigenen und 15 der Literatur entnommenen, umschreibt der Autor das Syndrom des Stirnlappens wie folgt: einseitige Anosmie, sensible Überempfindlichkeit psychischer Natur, einseitige Stauungspapille, Deviation des Kopfes und der Augen nach der entgegengesetzten Seite oder Lähmung der Bewegungen des Kopfes und der Augen nach der entgegengesetzten Seite, Moria, Witzelsucht, Moral insanity, situationswidriges Verhalten, Somnolenz, Schwachsinn, Koma. Was insbesondere die psychischen Symptome anbelangt, so betrachtet Verf. die erstgenannten

Digitized by Google

als Reiz-, die 3 letzten als Lähmungserscheinungen. Deviation des Kopfes und der Augen seien dort, wo sie vorhanden sind, sichere Hinweise auf die Seite der Läsion. Bezüglich der Therapie gelangt der Verf. auf Grund seiner persönlichen Erfahrungen zu dem Schluß, daß man sich dort, wo die dekompressive Trepanation eine wesentliche Besserung zur Folge hat, auf diese beschränken und auf die Radikaloperation verzichten solle. *Erwin Wexberg* (Wien).

Nonne, M.: Zur Klinik der Geschwülste des Stirnhirns. Therapia (Budapest) Jg. 3, Sonderh., S. 76—78. 1926. (Ungarisch.)

So leicht die Diagnose der Stirnhirngeschwülste bei ausgesprochenen Symptomen ist, so sehr vermögen dieselben bei verschwommenen Erscheinungen Schwierigkeiten zu bereiten.

Mitteilung von 2 Fällen: 1. 49jährige Frau, Vater Paralytiker, in Kindheit fälschlich als Lues bezeichnete Ausschläge, Mutter von 3 gesunden Kindern, Mann nicht luetisch. Wurde vor 11 Jahren wegen lokaler Schmerzen an der linken Stirnhälfte trepaniert, mit negativem Tumorbefund auch an der Dura. Seit 1—2 Jahren zunehmende Charakterveränderung, wird unverträglich, taktlos, eigensinnig, reizbar, zeigt keinerlei Teilnahme gegenüber den nächsten Angehörigen. Nur sehr vereinzelt Kopfschmerzen. Im Anfange der Erkrankung erfolglose antiluische Behandlung. Organisch o. B. Keine Zeichen von Hirndruck. WaR. im Blute und Liquor negativ, bloß Pándy positiv, mäßige Lymphocytose. Psychisch: kritiklos, taktlos, derb in Ausdrücken, reizbar. Kein Kopfschmerz, kein Erbrechen. Antiluische Behandlung ohne Erfolg. Nach einigen Wochen dasselbe Benehmen, doch euphorisch; Augenhintergrund normal, keine Bradykardie. Verdacht auf Stirnhirntumor wegen psychischen Zustandes. Röntgen: Verdickung der Stirnknochen, mit von demselben ausgehendem verschwommenen Schatten. Encephalographie ergibt beiderseits verschmälerte Seitenventrikel, links ausgesprochener. Lumbal- und Suboccipitalpunktion ergibt diesmal das von Goebel-Peters beschriebene Kompressionssyndrom: Rechtsverschiebung der Ausfällungskurve. Bei der Trepanation zeigt sich der Knochen usuriert, Haut und Dura von Geschwulstelementen durchsetzt; eine zwischen den Stirnpolen sitzende und nach hinten bis an das Striatum reichende Geschwulst von Größe einer Billardkugel wird entfernt. Tod. Sektion ergibt ein reines Endotheliom, dessen Elemente auch Knochen und Dura durchsetzen. Bemerkenswert ist das auffallend lange Bestehen ohne Hirndruckerscheinungen trotz schwerster histologischer Veränderungen. Fehlen der Ataxie erklärt sich damit, daß das Stirnhirngewebe selbst nicht erkrankt ist. Die psychischen Erscheinungen weisen auf Betroffensein des Stirnhirns. Der Fall beweist, daß antiluische Behandlung viel zu oft und ohne Grund angewendet wird. — Fall II dient zur Erhärtung, daß Endotheliome zumeist glatt operiert werden können: 38jährige Frau, bei welcher ohne nachweisbarer Anamnese unter heftigem Kopfschmerz generalisierte epileptische Krämpfe auftreten; beiderseits Babinski; keine Zeichen für Lues; Liquor negativ, bloß das Kompressionssyndrom bei Mastix; Röntgen ergibt Verdickung der Frontalknochen, mit scharf umschriebenem Schatten, ebenda geringe Klopfempfindlichkeit. Glatte Entfernung des Endothelioms, wonach Kopfschmerzen und epileptische Anfälle seit einem Jahre aufhören.

Nonne betont die besondere Wichtigkeit des Röntgenbildes und der für Kompression bezeichnenden Ausfällung der Mastixkurve bei von der Dura ausgehenden Geschwülsten des Frontalhirnes. *Karl Hudovernig* (Budapest).

Hirsch, Edwin F., and Arthur R. Elliott: Ependymomas of the lateral and fourth ventricles of the brain. (Ependymome des Seiten- und 4. Ventrikels.) (*St. Luke's hosp., Chicago.*) Americ. journ. of pathol. Bd. 1, Nr. 6, S. 627—634. 1925.

Mitteilung zweier vom Ependym ausgehenden Tumoren. Der eine, im linken Seitenventrikel, von papillärem Bau, war durch infiltratives Wachstum und mehrere Hirnmetastasen als maligne gekennzeichnet, der zweite im 4. Ventrikel zeigte soliden Bau und gutartiges Wachstum. Zur Unterscheidung von Plexustumoren ist der Nachweis von Gliafasern und Blepharoblastengranula wichtig. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Olivecrona, Herbert: Diagnose und Behandlung der Acusticustumoren. (*Serafimerlasarett., kir. klin., Stockholm.*) Svenska läkartidningen Jg. 22, Nr. 48, S. 1345 bis 1354 u. Nr. 49, S. 1377—1390. 1925. (Schwedisch.)

Olivecrona berichtet über 6 Acusticustumoren und weist auf die häufige Verkennung derselben hin. 3 von den Fällen, die er sah, waren bereits erblindet und vergeblich antisyphilitisch behandelt. Die Anatomie, Symptomatologie, die röntgenologischen Befunde, Diagnose werden beschrieben. Namentlich ist das chronologische Auftreten der Erscheinungen wichtig, um die Acusticustumoren von anderen Kleinhirnbrückenwinkel-Geschwülsten zu unterscheiden. Contralaterale Störungen der Hirn-

Digitized by Google

nerven können die Diagnose erschweren. Von den 6 Fällen des Verf. verliefen 2 tödlich nach der Operation. Die Mortalität wurde früher auf 60—80% angegeben, während Cushing sie auf 5% herabdrücken möchte nach seiner immer gründlicher ausgebildeten Methode. *S. Kalischer* (Schlachtensee-Berlin).

Petersen, F. F.: Otological aspect of the diagnosis of intracranial tumours. (Otologische Bemerkungen zur Diagnostik intrakranieller Tumoren.) South African med. record Bd. 23, Nr. 23, S. 536—538. 1925.

Nichts Neues. Verf. bespricht vor allem die Symptomatologie der Acusticustumoren und ihre differentialdiagnostische Abgrenzung. Es folgen einige allgemeine Bemerkungen über die Bárányschen Prüfungen, Nystagmus und Vertigo. *H. Schulte* (Berlin).

Hagens, E. W.: Tumor of right internal auditory meatus, with involvement of the gasserian ganglion and pons. Case report. (Tumor des rechten inneren Gehörganges mit Beteiligung des Ganglion Gasseri und des Pons.) Arch. of otolaryngol. Bd. 2, Nr. 6, S. 574—580. 1925.

Kasuistische Mitteilung des Falles mit anschließender Epikrise. Die Symptomatologie ergibt sich aus der Überschrift. Es handelte sich um ein Sarkom. *Petie* (Hamburg).

Dandy, Walter E.: Contributions to brain surgery. A. Removal of certain deep seated brain tumors. B. Intracranial approach with concealed incisions. (Beiträge zur Hirnchirurgie. A. Entfernung gewisser tiefliegender Hirngeschwülste. B. Intrakranieller Zugang mit unsichtbarer Schnittführung.) (*Dep. of surg., Johns Hopkins hosp. a. univ., Baltimore.*) Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 4, S. 513—525. 1925.

A. Um eine an der Schädelbasis zwischen den Nn. olfactorii gelegene Geschwulst zu entfernen, resezierte W. E. Dandy den gesamten linken Frontallappen. Trotzdem es sich um einen Rechtshänder handelte, kam es zu keiner Intelligenzstörung, keiner Hemiparese, Aphasie oder Agraphie. — B. Um äußerlich sichtbare Stirnnarben bei Eingriffen am Frontalhirn zu vermeiden, wird die Schnittführung hinter der Haargrenze geführt und der Hautlappen über den Supraorbitalbogen herabgeschlagen. Die Knochenklappe, deren Schnittränder sich mit denen des Hautlappens nicht decken, erhält ihre Ernährung durch den Temporalmuskel und seine Gefäße. *E. Heymann.*

Kleinhirn, Vestibularapparat, hereditäre familiäre Ataxien:

Piéchaud, F., et H. Siméon: Le vertige dans les maladies cérébelleuses. (Der Schwindel bei den Kleinhirnerkrankungen.) Progr. méd. Jg. 53, Nr. 52, S. 1951—1953. 1925.

Die Verff. bringen zuerst kurz die Anatomie und Physiologie des vestibulären Apparates. Das Wichtigste ist, daß das Vestibulum mit dem Sacculus endolymphaticus kommuniziert. Letzterer, ein blind endender Sack, liegt im Aquaeductus vestibuli an der inneren Seite der Felsenbeinpyramide und spielt die Rolle eines „Tambour" (Pelotte, Mareysche Trommel), durch den alle Druckschwankungen der hinteren Schädelgrube auf das Labyrinth übertragen werden. Unmittelbar über der Stelle, an welcher der Sacculus endolymphaticus in der Felsenbeinpyramide eingebettet ist, liegt der Lobus biventer des Kleinhirns. Bei Besprechung der Vestibularkerne weisen die Verff. auf die wichtige Tatsache hin, daß die cerebellopetalen Bahnen von den Vestibularkernen zu dem Kleinhirn (im Gegensatz zu den cerebellofugalen) noch nicht einwandfrei nachgewiesen sind. Der Bogengangapparat vermittelt die Empfindungen der Kopfdrehung, während der Otolithenapparat die Empfindungen erzeugt, welche durch die verschiedenen Lagen des Kopfes im Raum bedingt werden. Vom Bogengangapparat und ebenso vom Otolithenapparat werden Reflexe (kinetische und statische) ausgelöst. Alle diese Reflexe sind, wie das Tierexperiment zeigt, unabhängig vom Kleinhirn. Läsionen des Vestibularapparates erzeugen neben Nystagmus, Gleichgewichtsstörungen usw. stets die Sensation des Schwindels. In den Fällen von Kleinhirntumor wird der Schwindel nicht — wie das in der Regel angegeben wird — durch Kompression des N. vestibularis hervorgerufen, sondern dadurch, daß der gesteigerte Hirndruck der hinteren Schädelgrube mittels des als Übertragungstrommel dienenden Sacculus endolymphaticus auf die Endolymphe des Labyrinths fortgeleitet

Digitized by Google

wird. Ähnlich muß der Schwindel auch beim Kleinhirnabsceß gedeutet werden. Freilich sind beim Absceß noch andere Entstehungsmöglichkeiten vorhanden: nämlich eine den Absceß begleitende Labyrinthitis und ein direkter Kontakt des (sehr häufig im Lobus biventer gelegenen) Abscesses mit dem Sacc. endolymphaticus. (Zwischen beiden liegen nur die Meningen). Die Kleinhirnblutungen gehen nur dann mit Schwindel einher, wenn sie bis in die Nähe der Vestibulariskerne reichen; ein gleiches gilt für die Erweichungen. In der Symptomatologie der Kleinhirnatrophien spielt der Schwindel (das kann auch Ref. bestätigen) gar keine Rolle. Bei der Friedreichschen Krankheit und der Ataxie hérédocérébelleuse ist die Gegend der Vestibulariskerne meist mitergriffen. Deshalb ist der Schwindel, wenn er sich bei den genannten Leiden zeigt, auf die Beteiligung der Kerne, und nicht auf das Kleinhirn zu beziehen. Auf Grund ihrer Ausführungen kommen die Autoren zu der Überzeugung, daß der Schwindel kein Kleinhirnsymptom ist, daß er vielmehr — wenn er sich bei Affektionen des Cerebellum findet — stets auf eine Beteiligung des Vestibularapparates (entweder durch Kernschädigung oder durch Übertragung des gesteigerten Hirndruckes auf die Endolymphe des Vestibulum) zu erklären ist. *Paul Schuster* (Berlin).

Milligan, William: Cerebellar abscess. (Kleinhirnabsceß.) (*Roy. infirmary, Manchester.*) Journ. of laryngol. a. otol. Bd. 41, Nr. 1, S. 1—6. 1926.

Der Kleinhirnabsceß ist nur selten die Folge einer akuten, weit häufiger einer chronischen Ohrinfektion. Es hängt von der Virulenz der Erreger ab, ob dem Vorwärtsschreiten des Infektionsprozesses durch Adhäsionsbildungen ein Riegel vorgeschoben werden kann, oder ob es zu einer eitrigen Leptomeningitis kommt. Im Gegensatz zu der Mehrzahl der statistischen Berichte sah Verf. bei seinem eigenen (otologischen) Material, daß Abscesse des Kleinhirns mehr als doppelt so häufig wie solche des Großhirns vorkamen. Die meisten Fälle betrafen jugendliche Individuen zwischen dem 10. und 20. Lebensjahre; die Zahl der linksseitigen Kleinhirnabscesse überwog. In der Regel kapseln sich chronische Abscesse ein; Resorption kommt nur ausnahmsweise vor. Perforation kann in den 4. Ventrikel oder in die Meningen erfolgen. Plötzliche Todesfälle durch Druckwirkung auf Herz- und Atemzentrum sind nicht allzu selten. — Die kurzen Mitteilungen über Diagnose und operative Behandlung enthalten nichts Neues. *Taterka* (Berlin).

Ssapir, I.: Ein Fall von Carcinoma neuroepitheliale des Kleinhirns. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 527 bis 532. 1925. (Russisch.)

Verf. berichtet über die Ergebnisse seiner klinischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen eines interessanten Falles, der sich bei der Sektion als neuroepitheliales Carcinom des Kleinhirns herausgestellt hatte. Beginn der Krankheit etwa vor 3 Monaten, langsame Entwicklung. Bei der klinischen Untersuchung wurde eine schlaffe rechtseitige Halblähmung mit den gewöhnlichen pathologischen Zeichen und Stauungspapille festgestellt. Während des Aufenthaltes in der Klinik erschienen die Sehnenreflexe auf der kranken Seite wieder, aber der Zustand des Patienten verschlimmerte sich von Tag zu Tag, und nach einem Monat trat der Tod ein. Bei der Sektion wurde eine Geschwulst auf der oberen Oberfläche des Kleinhirns rechts gefunden; histologisch war es ein neuroepitheliales Carcinom. Das Fehlen einer direkten Verbindung der Geschwulst mit dem Plexus chorioideus zwingt den Verf., die Neubildung als heterotopisch zu bezeichnen. Verf. ist der Ansicht, daß es sich in diesem Falle um eine primäre Neubildung handelt; Dafür spricht der histologische Charakter der Geschwulst und das vollständige Fehlen irgendwelcher Herde in andern Organen und Geweben. *L. Arinstein* (Charlottenburg).

Herzen, P., und M. Kljačman: Zwei Fälle von Cysten des Kleinhirns. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 887—895. 1925. (Russisch.)

Krankengeschichten von 2 wegen Kleinhirntumor operierten Fällen. In beiden Fällen fanden sich: Kopfschmerz, Erbrechen, Stauungspapille, taumelnder Gang, Adiadochokinese, linksseitige Ataxie, Fehlen des linksseitigen Cornealreflexes, woraufhin ein linksseitiger Sitz des Tumors angenommen wurde. Bei der Operation fand sich im ersten Fall eine pflaumengroße Arachnoidcyste, Excision, Heilung; im 2. Fall wurde zunächst nichts gefunden, Exitus; die Sektion ergab eine Cyste im vorliegenden Teil des Oberwurms von der Größe eines Tauben-

Digitized by Google

eies und sich daranschließend in der Marksubstanz ein Fibrosarkom von der gleichen Größe. Verff. betonen die Wichtigkeit des Fehlens des Cornealreflexes für die Seitendiagnose. Verff. sind für die einzeitige Operation. *Bresowsky* (Dorpat).

Laumonier, J.: Qu'est-ce que le mal des montagnes? (Was ist Bergkrankheit?) Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. 98, Nr. 76, S. 1236—1238. 1925.

Verf. möchte einen prinzipiellen Unterschied konstruieren zwischen der Bergkrankheit, die in leichteren Formen schon bei 1200—1500 m Höhe auftreten kann, und der Höhenkrankheit, wie sie etwa Flieger oder extreme Hochalpinisten befällt. Verschiedene Ursachen, die auch die Art der Erscheinung gewissermaßen bedingen, wirken zusammen und lösen bald mehr die toxisch-urämische Form, bald mehr die asphyktisch-kardiale Form aus oder rufen von vornherein eine Mischung der Symptome hervor. Letztlich ist natürlich die Verminderung des barometrischen Druckes maßgeblich, aber Körperanstrengung, Ermüdbarkeit, Herzbeschaffenheit, Zustand der respiratorischen Oberfläche, Übung usw. modifizieren Art, Zeit und Höhenstufe des Beginnes ebenso wie Ursachen meteorologischer Art: starker Wind, Hitze, eingeschlossene Luft in engen Kaminen. *van Oordt* (Bühlerhöhe).

Hautant, A., J. Durand et M. Aubry: Trois cas de vertige de Menière traités chirurgicalement. (3 chirurgisch behandelte Fälle von Menièreschem Schwindel.) Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Bd. 44, Nr. 10, S. 1049 bis 1061. 1925.

3 Fälle von ausgesprochenem Menièreschem Symptomenkomplex mit schweren gehäuften Anfällen, Übelkeit, Erbrechen, Ohrensausen, Hörstörungen und Spontannystagmus. Nachdem alle Behandlungsversuche (Brom, Adrenalin, Pilocarpin) erfolglos geblieben waren, wurden in 2 Fällen die Canales semicirculares der einen (fast ertaubten) Seite eröffnet. In dem 3. Falle, der nach einer Lumbalpunktion eine Besserung des Hörvermögens aufwies, wurde eine Trepanation an der dem Labyrinth entsprechenden Stelle der Fossa cerebellaris vorgenommen — man vermutete dort eine lokale Liquorstauung — und die Dura durch eine kleine Incision eröffnet. Alle 3 Fälle blieben nach der Operation anfallsfrei und zeigten keine oder nur sehr geringe Residuärsymptome. Verff. empfehlen ihre Operationsmethode, die übrigens, soweit es sich um Zerstörung der Canales semicirculares handelt, nicht mehr neu ist, als letztes Mittel bei sonst unbeeinflußbarem Menièreschem Schwindel. *Taterka* (Berlin).

Charousek: Die vestibuläre Erregbarkeit bei Labyrinthfisteln. (*Oto-rhinol. Klin., dtsch. Univ. Prag.*) Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 14, H. 1/2, S. 56—60. 1926.

Die kalorische Erregbarkeit ist konform mit der physiologischen (Kopfbewegungen) verändert: Steigerung durch Reizzustand der Sinnesendzellen, Herabsetzung als Functio laesa. Oder es besteht eine Diskrepanz: normale oder herabgesetzte experimentelle Erregbarkeit bei gesteigerter physiologischer: Normalzustand oder Functio laesa der Sinnesendzellen bei gleichzeitiger Steigerung der physiologischen Komponente des peripheren Erregungsvorganges. *K. Löwenstein* (Berlin).

Kerekes, Georg: Klinisch-experimentelle Studien über die Pathogenese und Therapie der Ohrgeräusche. (*Ohren-Klin., Univ. Budapest.*) Beitr. z. Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie d. Ohres, d. Nase u. d. Halses Bd. 22, H. 5/6, S. 241—268. 1925.

Reizung der Paukenschleimhaut an einer umschriebenen, individuell verschiedenen Stelle der medialen Paukenwand meistens am Promontorium, löst Ohrgeräusche auf reflektorischem Wege aus. Bei chronischen Eiterungen entstehen die Ohrgeräusche in der Mehrzahl der Fälle auf dem Wege des Paukenschleimhautgeräuschreflexes. Nach Reizung der Geräuschreflexstelle war in Analogie mit dem Nasenblutdruckreflex meistens eine depressorische Blutdruckschwankung zu beobachten. Die Ohrgeräusche waren in mehr als 50% der untersuchten Fälle durch gefäßerschlaffende Maßnahmen im Gebiete des Kopfkreislaufes in günstiger Weise zu beeinflussen, und zwar hat sich dafür Natr. nitrosum, subcutan 2 ccm in 2 proz., später 4 cg in 4 proz. Lösung, oder gleichzeitig subcutan und per os 2—3 mal täglich einen Teelöffel von Natr. nitros. 2,0 : 150,0 bewährt. *K. Löwenstein* (Berlin).

Lanos, Maurice: Le nystagmus calorique. (Der kalorische Nystagmus.) Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Bd. 44, Nr. 5, S. 461—508. 1925.

Die mit seltener Klarheit geschriebene Übersicht erreicht ihren Zweck, den Leser über den Stand unserer Kenntnisse auf diesem Gebiete zu informieren, durchaus. Die

Digitized by Google

deutschsprachliche Literatur, auch die jüngere, wird gewürdigt. Man gewinnt etwa das folgende Gesamtbild: Der labyrinthäre Nystagmus ist ein vom Willen unabhängiger Reflex. Er ist charakterisiert durch den rhythmischen Wechsel der langsamen und schnellen Phase und darf — zur Zeit wenigstens — in keiner Weise dem oszillatorischen oder pendulären Nystagmus gleichgestellt werden. Die langsame Phase ist die eigentlich labyrinthäre, die rasche nur eine Ausgleichsphase der Rückkehr. Der vestibuläre Nystagmus steht im wesentlichen unter dem Einfluß der halbzirkelförmigen Kanäle: Ein hemmender Einfluß der Otolithenorgane auf die Bewegungen der Bulbi ist noch nicht erwiesen. Kalt- oder Heißspülung bewirken nicht eine Gleichgewichtsstörung durch Über- bzw. Unterwertigkeit des Labyrinths, sondern Störung des vorher bestehenden Funktionsgleichgewichtes beider Labyrinthe. Der Reflex verläuft nicht nur über den peripheren Apparat (das Labyrinth), sondern auch über seine zentralen Verbindungen (die Vestibularbahnen). Der zentrale Weg des Nystagmus ist aber in mancher Hinsicht noch dunkel. So wohlbekannt die Genese der langsamen Phase zu sein scheint, so umstritten ist noch der Mechanismus der raschen: Es scheint, daß sie mesencephaler Herkunft ist. Der einzig mögliche Einwand gegen den kalorischen Reflex: er entspräche nicht physiologischen Reizungen, gilt gleicherweise für den galvanischen und rotatorischen Nystagmus. Der kalorische Nystagmus ist im allgemeinen um so ausgesprochener, je stärker die Reizung. Diese hängt ab von der Temperatur, der Menge und der Dauer der Spülung; der erste dieser Faktoren ist der wichtigste. Einer der Vorteile oder Nachteile der kalorischen Prüfung ist, daß sie eine heftige, langsame, zunehmende Reizung bewirkt, also eine von der rotatorischen gänzlich verschiedene: denn diese ist von geringer Intensität, erreicht aber sofort ihr Maximum. Quantitative nystagmographische, photometrische usw. Messungen sind in der Klinik kaum anwendbar und im übrigen ein wenig illusorisch; mit einiger methodischer Erfahrung kann man schließlich den beobachteten Reflex beschreiben als: normal, gesteigert, abgeschwächt oder nicht vorhanden. Der vestibuläre Nystagmus ist nur ein Glied eines Syndromes, welches noch umfaßt: Kopfnystagmus, Reaktionsbewegungen der Extremitäten, subjektive Drehempfindungen, Übelkeit, Erbrechen und andere Erscheinungen, deren Gesamtheit den Schwindel repräsentiert. Abgesehen von allgemeinen Störungen peripherer oder zentraler Natur kann die Vestibularfunktion partiell lädiert sein, sei es, daß die Fähigkeit, auf verschiedene Reize zu reagieren, sei es, daß die Fähigkeit, angewandte Reize wahrzunehmen, leidet. Der Ausfall der kalorischen Untersuchung lehrt nichts Sicheres über die Natur, eher etwas über den Sitz der Läsion.

Walther Riese (Frankfurt a. M.).

Borries, G. V. Th.: Langsamer Nystagmus. (*Oto-laryngol. Univ.-Klin., Reichshosp., Kopenhagen.*) Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **13**, H. 3, S. 318—341. 1926.

Mitteilung von 9 Fällen ganz verschiedener Erkrankungsform, bei denen rotatorisch, teils auch kalorisch eine außerordentlich langsame Nystagmusreaktion bestand. Die langsame Reaktion läßt keine Schlüsse auf Ätiologie noch Lokalisation zu. Sie ist als eine Schwächung der Reaktion aufzufassen. Die langsame Reaktion kann bei den verschiedenen Prüfungen (kalorisch, rotatorisch, verschiedene Ebenen) isoliert auftreten. Die Reaktion ist oft transitorisch und oft doppelseitig und symmetrisch. Sie dürfte in naher Verbindung mit dem zentralen labyrinthären Kompensationsmechanismus stehen. Sie kommt bei peripheren neurolabyrinthären wie bei endokraniellen Affektionen vor. *K. Löwenstein* (Berlin).

Lannois, M., et R. Gaillard: A propos du rôle du sympathique dans l'épreuve calorique de Bárány. (Über die Rolle des Sympathicus bei der kalorischen Prüfung nach Bárány.) Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Bd. **44**, Nr. 11, S. 1134—1142. 1925.

Die Anschauungen über die Entstehung des kalorischen Nystagmus sind noch nicht geklärt. Teils wird die Hauptrolle den Bewegungen oder chemischen Veränderungen der Endolymphe beigemessen; nach anderen Hypothesen wirkt die thermische Veränderung nicht direkt auf die Endolymphe, sondern durch eine reflektorische Erregung auf dem Wege von Gehirnnerven (Glossopharyngaeus, Auricularast des Vagus oder Trigeminus). Dieser Reflexweg ist aber noch zweifelhaft, und konnten die Verff.

Digitized by Google

selbst bei 4 Fällen von Durchschneidung des Trigeminus keine dauernden Labyrinthstörungen nachweisen. Auf Grund von experimentellen Untersuchungen an Kaninchen neigen sie dagegen der Annahme zu, welche den kalorischen Nystagmus als einen vasomotorischen Reflex auffaßt. Nach Durchschneidung des Halssympathicus und Entfernung des oberen Halsganglions zeigte sich in den meisten Fällen außer der klassischen Störung der Gefäßfülle am äußeren Ohre eine Änderung im Auftreten des kalorischen Nystagmus in Form eines Ansteigens der Latenzzeit und Verminderung der Dauer des hervorgerufenen Nystagmus. Der temporäre Charakter dieser Erscheinung ist so, wie er sonst bei Läsionen vasomotorischer Zentren eines Organes beobachtet wird. Die Verff. betonen aber besonders, daß neben den vasomotorischen Vorgängen wahrscheinlich noch andere Bedingungen bei der Auslösung des Nystagmus wirksam sind. *Zingerle* (Graz).

Güttich, A.: Über den Drehnachnystagmus bei einseitigem Labyrinthausfall. (*I. Univ.-Hals-, Nasen- u. Ohrenklin., Charité, Berlin.*) Beitr. z. Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie d. Ohres, d. Nase u. d. Halses Bd. **22**, H. 3/4, S. 146—155. 1925.

Das Fehlen des Nachny. zur kranken Seite nach Labyrinthausfall ist auf den jeder Labyrinthentzündung folgenden Spontanny. zu beziehen, der mit großer Kraft zur gesunden Seite schlägt und erst allmählich abnimmt. Der Drehnachny. zur kranken Seite kann sich schon in kurzer Zeit ziemlich gut wiederherstellen, wenn das Labyrinth dieser Seite nicht völlig ausgeschaltet ist. Taubheit und kalorische Unerregbarkeit sind nicht beweisend für dauernde Labyrinthausschaltung, die wir mit unseren Untersuchungsmethoden überhaupt nicht mit Sicherheit feststellen können. Beiderseits herabgesetzter Drehnachny. mit kalorischer Untererregbarkeit des gesunden Ohres spricht für seröse Meningitis am gesunden Ohr, die keine klinischen Erscheinungen zu machen braucht, aber durch Lumbalpunktion festgestellt werden kann. *Löwenstein.*

Giorgio, A. di: De quelques nouveaux aspects du signe de l'indication. (Neue Gesichtspunkte beim Zeigeversuch.) (*Laborat. de physiol., univ., Florence.*) Arch. ital. de biol. Bd. **75**, H. 2, S. 131—135. 1925.

Beim Studium der Labyrinthreaktion während der Drehung ist Untersuchung in verschiedenen Zeitintervallen nötig, da die Wirkung der vorangehenden die der folgenden Reize beeinträchtigen kann. Ebenso macht es einen Unterschied, ob das Anhalten beim Zeigeversuch plötzlich oder nach und nach erfolgt. Der Zeigeversuch soll nicht nur in Parallel- und Sagittalebene, sondern auch mit abduziertem und adduziertem Arm ausgeführt werden, wobei noch sonst nicht bemerkbare Abweichungen auftreten können. *K. Löwenstein* (Berlin).

Urbantschitsch, Ernst: Atypische Zeigereaktion nach Totalaufmeißlung der Mittelohrräume. (Vorl. Mitt.) (*Kaiser Franz-Josef-Spit., Wien.*) Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. Bd. **59**, H. 12, S. 1317—1319. 1925.

Von 60 einseitig radikal-operierten Kranken zeigten 21 weder nach Rechts- noch Linksdrehung vorbei, davon 12 auch nicht nach Calorisation des gesunden Ohrs. Bei 23 Kranken entfiel das Vorbeizeigen entweder nach Drehung oder Calorisation. Auffallenderweise versagten mehr Fälle auf Drehung als Calorisation. Die nur auf Drehung nach einer Seite vorbeizeigenden Kranken waren alle auf dem der Drehung kontralateralen Ohr operiert, woraus eine Abhängigkeit folgt. Verf. meint, daß nicht die Operation, sondern die schweren Veränderungen durch die Erkrankungen ursächlich in Frage kommen, und stellt weitere Untersuchungen in Aussicht. *K. Löwenstein.*

Rückenmark und Wirbelsäule:

Tabes:

Pándy, Kálmán: Über die Tabes von heute. Gyógyászat Jg. **65**, Nr. 47, S. 1057 bis 1060, Nr. 48, S. 1077—1080, Nr. 49, S. 1098—1103 u. Nr. 50, S. 1120—1122. 1925. (Ungarisch.)

Seiner pathogenetischen Auffassung gemäß — wonach die Tabes lediglich eine durch

Digitized by Google

Lumenverengerung der hinteren Rückenmarksarterien bedingte Ernährungsstörung und Degeneration der Hinterstränge darstellt — bespricht Verf. die Symptomatologie der Tabes und kommt zum Schluß, daß nur vier Kardinalsymptome als zur echten Tabes gehörig betrachtet werden können: Subjektive Gefühlsstörungen, Änderung der Sehnenreflexe, Blasenstörungen und Änderungen der sexuellen Potenz. Alle übrigen Symptome sind Zeichen einer allgemeinen Nervenlues, so alle Symptome von seiten der Hirnnerven (Opticus, Oculomotorius).

Richter (Budapest).

Pilez, Alexander: Tabes- und Paralysefrage. Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 48, S. 2632—2640, Nr. 50, S. 2753—2757 u. Nr. 51, S. 2814—2819. 1925.

Vortrag über den gegenwärtigen Stand der Lehre von den metaluischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, gehalten auf dem XIV. internationalen Fortbildungskurs in Wien. Kritische vielseitige Erörterung der aktuellen Probleme Serologie, Therapie, Verlauf; vor allem Ursachenforschung unter Eingehen auf experimentelle Syphilisforschung. *Beringer* (Heidelberg).

Rebattu, J.: Etudes des réactions labyrinthiques au cours du tabes. (Studien über die Labyrinthreaktionen im Verlauf der Tabes.) Rev. de la laryngol., d'otol. et de rhinol. Jg. **46**, Nr. 22, S. 746—756. 1925.

Verf. fand bei der Untersuchung von 30 Tabikern, daß 28 derselben Vestibularstörungen darboten. Der Charakter derselben war wechselnd. Bald war der Vestibularapparat übererregbar, bald war seine Erregbarkeit vermindert oder aufgehoben. Von Vestibularisstörungen hängen nach der Annahme verschiedener Autoren die Gleichgewichtsstörungen bei Tabes, insbesondere der Romberg ab. Sind die Vestibularisstörungen bei Tabes nun so häufig, so ist es nach Verf. kein Wunder, daß auch der Romberg ein so häufiges Symptom bei Tabes bildet. Bei einem Tabeskranken hatten die Vestibularisstörungen zum Menièreschen Schwindel, bei 3 anderen zum spontanen Nystagmus geführt. Die Vestibularisstörungen, die Verf. bei fast sämtlichen Tabikern fand, sind Frühsymptome. Bei 2 Kranken reagierten die Pupillen sogar noch auf Licht. Es können diese Störungen daher eine wertvolle Unterstützung bieten bei der Diagnose der Tabes incipiens und bei den Formes frustes dieser Krankheit. Es ist noch bemerkenswert, daß Störungen des Gehörs bei den untersuchten 30 Tabikern fast gar nicht vorhanden waren. Verf. nimmt demzufolge auch an, daß die Vestibularisstörungen bei Tabes nicht auf einer Affektion des Labyrinths und des Nervus octavus beruhen, sondern von einer isolierten Erkrankung der Vestibulariskerne abhängen. Die Untersuchung der Vestibularisfunktionen wurde mittels der kalorischen Prüfung und der Prüfung durch Drehung vorgenommen und dabei auf den entstehenden Nystagmus geachtet.

O. Kalischer (Berlin).

Rimé, G.: Un cas de tabès combiné chez une femme de 24 ans. (Ein Fall von kombinierter Tabes bei einer 24jährigen Frau.) Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. Jg. **33**, Nr. 1, S. 27—28. 1926.

24jährige Theaterarbeiterin. Seit 2 Monaten krank. Fehlen der Achilles- und Kniereflexe, beiderseits Babinski, Fehlen der Bauchreflexe und des Gaumenreflexes, Ataxie der unteren Extremitäten, weniger in den oberen, Pupillen etwas verzogen, gleich, mit guter Reaktion, tabischer Gang, starker Romberg, Sensibilität intakt, Störungen beim Urinlassen. Keine Zeichen von hereditärer Lues. Vor 5 Jahren ähnliche Störungen (Paraplegie mit Sphincterstörungen), von denen sie nach 3 Kalomelinjektionen heilte. Wassermann im Blut —, im Liquor + + +. Besserung nach Bismut und Salvarsan. Diagnose: kombinierte Sklerose syphilitischen Ursprungs oder kombinierte Tabes. Auffällig ist das frühe Auftreten der Symptome, die vielleicht auf ererbte Syphilis zurückzuführen sind. In der Diskussion spricht sich Queyrat eher für die Diagnose: Myelitis syphilitica subacuta als für Tabes aus. *Mendel.*

Bennett, A. E.: Atypical tabes dorsalis (forme fruste): Surgical errors in, with leading points in diagnosis. (Chirurgische Irrtümer bei atypischer Tabes dorsalis [Forme fruste]; leitende diagnostische Gesichtspunkte.) Americ. journ. of the med. sciences Bd. **170**, Nr. 4, S. 538—547. 1925.

Dringende Mahnung zu genauester Anamnesenerhebung und neurologischer Untersuchung (einschließlich L. P.) in jedem zweifelhaften Falle abdominaler Beschwerden. Warnung vor erneuter Operation nach einmaliger erfolgloser Laparotomie. Dies auf Grund von statistischen Feststellungen: In 10—20% aller Tabes dorsalis-Fälle kommt es zu gastrischen Krisen. Die atypischen Fälle führen am häufigsten zu zwecklosen

Digitized by Google

Bauchoperationen. In ca. 50% der frühen Tabes dorsalis-Erkrankungen bestehen bei Fehlen der klassischen Symptome abdominale Beschwerden. 10% aller Tabes dorsalis-Fälle bleiben stets Formes frustes. Mehr als 10% aller Tabes-Fälle werden laparotomiert. *Bluhm* (Berlin).

Hedić, M.: Beitrag zur Frühdiagnose der Tabes. Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. **27**, Nr. 11, S. 594—597. 1925. (Serbo-kroatisch.)

Die Methode von Csiky (Dtsch. med. Wochenschr. 1908) ermöglicht die Hypotonie bei Tabes objektiv zu messen und könne dadurch zur Frühdiagnose beitragen. Beim aufrecht stehenden Patienten wird zuerst der Abstand des Trochanter vom Fußboden gemessen, nachher bei maximaler Beugung des Oberkörpers (und gestreckten Beinen) der Abstand der Vertebra prominens vom Fußboden festgestellt. Wenn man den zweiten Wert vom ersten abzieht, resultiert bei Normalen oft eine Minusdifferenz, höchstens eine Plusdifferenz bis zu 15 cm. Was darüber ist, sei schon pathologische Hypotonie. *Rosner* (Zagreb).

Cauvy, Georges: Contribution à la thérapeutique du tabès. (Beitrag zur Therapie der Tabes.) Evolution méd.-chir. Jg. **6**, Nr. 8, S. 277—280. 1925.

In seiner über 25jährigen Tätigkeit als Badearzt glaubte der Verf. feststellen zu können, daß die Hg-Therapie eine Verlangsamung in der Entwicklung der Tabes herbeiführte, daß weiterhin die Arsenära bei Behandlung geeigneter Kranker mit kleinen As-Dosen „ermutigende Resultate" gebracht und ein Fortschreiten vieler Fälle verhindert und daß bei den meningealen Formen das Wismut sehr günstige Resultate geliefert habe. Ganz besonderen Wert legt der Verf. aber auf die Anwendung der Badekur, die, abgesehen von ihrer Wirkung auf die gesamte Widerstandsfähigkeit des Körpers, in erster Linie als Mittel zur Bekämpfung sensibler Krankheitserscheinungen in Betracht kommt. *Bluhm* (Berlin).

Rückenmarksgeschwülste:

Weinberg, Max H.: Spinal cord tumors. Report of six cases including tuberculoma of dura. (Rückenmarkstumoren. Bericht über 6 Fälle, darunter 1 Duratuberkulom.) (*Western Pennsylvania hosp., Pittsburgh.*) Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. **69**, Nr. 1, S. 23—57. 1926.

Der Verf. legt mit Recht Nachdruck auf den Wert guter Einzelbeobachtungen zur Abklärung der noch so mannigfachen diagnostischen Schwierigkeiten in der Erkennung von Art und Ort der Rückenmarkstumoren.

Im 1. Fall handelte es sich um Kompression von einem Hämangioma vertebrae des 6. Dorsalwirbels aus. Weinberg betont das Fehlen von Klopfempfindlichkeit, Verschlechterung des Zustandes nach einer ersten, nicht nach einer späteren Lumbalpunktion. Über ein Röntgenbild, das vermutlich die Diagnose — die intra vitam nicht gemacht wurde — hätte ermöglichen können, wird nicht berichtet; ebenso nicht über eine mikroskopische Untersuchung des Tumors (war es nicht im Plasmocytom? Ref.). Der 2. Fall wurde nicht operiert. Die Differentialdiagnose zu Lues und multipler Sklerose wird besprochen; nicht mit sehr stringenten Überlegungen. Der 3. Fall blieb ebenfalls ohne Kontrolle durch Operation oder Autopsie. Im 4. Fall wurde in der Höhe von D 6 ein Tumor diagnostiziert, bei der Laminektomie aber nicht gefunden. Man nahm intramedullären Sitz an (ohne Längsincision des Rückenmarks? Eventuell wäre ein wohl abgegrenzter Tumor gleichwohl zu entfernen gewesen. Ref.). Keine Autopsie. Es wird Umschau gehalten über die Ansichten der Autoren zur Differentialdiagnose: intra- oder extramedulläre Lage eines Tumors. Im 5. Fall lag ein Gliom über dem Rückenmarks-Ende und dem Beginn der Cauda, das operativ entfernt wurde (schöne Photographie des Operationsbildes). Heilung. Die Kranke hatte 6 Monate lang nicht liegen können wegen der Schmerzen; sie schlief sitzend. Sie hatte schwere Vasomotorenstörungen der Beine; typische Paresen, aber auffallend geringe Sensibilitätsstörungen. Xanthochromie. Der Verf. betont die Nützlichkeit postoperativer Röntgenbehandlung. Der 6. Fall betrifft eine seltene Affektion: ein Konglomerattuberkel der Dura unter dem 3. Brustwirbel. Operation. Heilung.

Sicards Lipiodol-Injektion hätte wohl auch in den weniger abgeklärten Fällen bessere Dienste geleistet, als der Autor, mit Dandy, annimmt. Es ist seiner Konklusion sehr beizustimmen, daß alle möglichen Hilfen zur Abklärung der Diagnose benutzt werden sollten. W. sagt, Laminektomie sei keine gefährliche Prozedur und in zweifelhaften Fällen als Probeoperation gerechtfertigt. So sehr das letztere richtig ist, so sehr ist der erste Satz cum grano salis zu nehmen. *Veraguth* (Zürich).

Digitized by Google

Mixter, William Jason: Compression of the spinal cord by tumor. (Kompression des Rückenmarks durch einen Tumor.) (*Massachusetts gen. hosp., Boston.*) Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 6, S. 865—870. 1925.

Das eigene Material des Autors besteht aus 85 sicheren Rückenmarkstumoren und 16 Fällen, in denen bei der Laminektomie nichts gefunden wurde. Die Operationsergebnisse in 19 Fällen von intramedullärem Tumor waren fast ausnahmslos schlecht (nur 2 Besserungen, 15 Todesfälle). Von 35 extramedullären Geschwülsten sind 26 geheilt oder dauernd gebessert. In 28 Fällen handelte es sich um Wirbeltumoren, in 5 Fällen um intravertebrale tuberkulöse Abscesse, welche als tumorverdächtig operiert wurden. Unter 98 Laminektomien betrug die Zahl der durch die Operation bedingten Todesfälle 5. Unter den 35 extramedullären Tumoren waren 10 Meningiome, 8 Neurofibrome. 3 starben durch den Tumor, 2 durch die Operation. Die entscheidende diagnostische Bedeutung des Punktionsergebnisses wird betont. Für die Indikation zur Operation legt Verf. auf dieses mehr Wert als auf den neurologischen Befund. Nur in einem Falle fand sich ein Tumor bei negativem Liquorbefund. Die Lipiodoldiagnostik verwendet Verf. nur dort, wo mit anderen Mitteln eine exakte Diagnose nicht zu stellen ist. Sie ist zwar ungefährlich, verursacht jedoch vorübergehende Beschwerden. Ein Fall, in welchem die Diagnose durch Lipiodol gelang, wird dargestellt. Schließlich wird die Technik der Laminektomie erörtert. *Erwin Wexberg* (Wien).

Kryšev-Isnar, N.: Ein Fall von Tumor des Rückenmarks und der Medulla. Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 507—516. 1925. (Russisch.)

Die Krankheit der 14jährigen Patientin begann mit Störungen der Sensibilität und Motilität im Bereich der oberen Halswurzeln. Später eine immer fortschreitende Tetraplegie, wobei die rechte Körperhälfte früher und stärker betroffen war. Spastische Paraplegie der unteren Extremitäten mit allen pathologischen Reflexen (Babinski, Oppenheim, Rossolimo), schlaffe Lähmung der Arme mit Atrophien und Entartungsreaktion in den kleinen Handmuskeln. Keine Zeichen eines Brown-Séquard; die dissoziierte Sensibilitätsstörung ist deutlich ausgesprochen; rechts reicht sie bis c_1—c_2. Das klinische Bild ließ mit großer Sicherheit einen hochsitzenden Rückenmarkstumor diagnostizieren. Die Autopsie hat diese Diagnose vollständig bestätigt. Es handelte sich um ein Fibrosarkom, welches auf der rechten Seite in der Höhe der oberen Cervicalsegmente und der Medulla extramedullär gelegen war. Die Länge des Tumors war 3,6 cm, Breite 2,4 cm. Verf. gibt eine ausführliche Beschreibung des mikroskopischen Befundes; leider sind dieser interessanten Mitteilung keine Bilder beigegeben.
L. Arinstein (Charlottenburg).

Groppali, M.: Contributo alla patologia vasale del midollo spinale. (Angioma racemoso dei vasi spinali posteriori.) (Beitrag zur Pathologie der Rückenmarksgefäße. (Angioma racemosum der hinteren spinalen Gefäße.) (*Istit. di anat. patol., univ., Milano.*) Neurologica Jg. 42, Nr. 5, S. 277—285. 1925.

Bei einem 48jährigen Manne entwickelte sich in 8jährigem Krankheitsverlauf das Bild einer Querschnittsläsion im Dorsalmark. Das Fehlen von Wurzelschmerzen, die frühzeitige Doppelseitigkeit und die Symmetrie der Symptome machten einen intramedullären Tumor wahrscheinlich. Bei der Obduktion fand sich an der Hinterseite des Dorsalmarks, über 5 bis 6 Segmente sich hinziehend ein Angioma racemosum, in dessen Bildung die perimedullären Gefäße und die hinteren Spinalgefäße eingingen. Das Mark erschien in der Höhe des 7. Dorsalsegmentes flachgedrückt und vollständig in ein gliöses Narbengewebe umgewandelt.
Ed. Gamper (Innsbruck).

Guillain, Georges, et Th. Alajouanine: Paraplégie par compression due à un volumineux angiocèle de la pie-mère spinale. Contribution à l'étude des compressions médullaires dues à des formations vasculaires pathologiques. (Paraplegie infolge Kompression durch eine umfangreiche Angiocele der spinalen Pia mater. Beitrag zum Studium der Rückenmarkskompression infolge pathologischer Gefäßformationen.) Journ. de neurol. et de psychiatrie Jg. 25, Nr. 11, S. 689—697. 1925.

Mitteilung eines Falles von langsamer Rückenmarkskompression. Die Schmerzen boten besonderen Charakter und traten in Krisen auf. Die Operation zeigte eine pathologische Veränderung der hinteren Gefäße der Pia mater spinalis; die Gefäße waren voluminös und von varikösem Aussehen. Die Exstirpation der intraspinalen Angiocele ist unmöglich und wegen der evtl. Hämorrhagien und Thrombosen gefährlich. Die Lipiodolprobe zeigte im vorliegenden

Digitized by Google

Fall ein unvollständiges Zurückgehaltenwerden des Jodöls von merkwürdigem Aussehen in einer Zone, die vom letzten Hals- bis zum 6. Dorsalwirbel reichte: der größte Teil des Lipiodols blieb in dieser Region hängen und zeigte sich auf dem Röntgenbilde unter der Form von linearen Streifen, die teils horizontal, teils gebogen, teils vertikal verlaufen. Der Arrest unterschied sich von dem bei Tumoren und bei Pachymeningitis, und seine Zone überragte stark die klinische Topographie der Kompressionserscheinungen. (Die Fälle von Benda, W. Alexander, Elsberg, Löwenstein (vgl. dies. Zentrlbl. 28, 245, 246) sind den Verff. entgangen. Ref.)
Kurt Mendel.

Bychovskaja, G.: Ein Fall von Kombination eines Rückenmarkstumors mit Syringomyelie. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 489—495. 1925. (Russisch.)

33jähriger Mann mit schlaffer Lähmung beider oberen und spastischer beider unteren Extremitäten, mit Blasen- und Mastdarmlähmung, mit in die Arme ausstrahlenden Schmerzen, mit EaR. im Thenar und Hypothenar links, wird als extramedullärer Rückenmarkstumor operiert, der Tumor erweist sich als subdural im 6. bis 8. Cervicalsegment. Exitus. Bei der Autopsie findet sich neben dem erwarteten Befunde eine ausgedehnte Höhle in den Hintersträngen, von der mittleren Medulla bis zum 7. bis 8. Dorsalsegment. Die Begrenzung der Höhle besteht aus Gliagewebe; die Höhle kommuniziert nirgends mit dem Canalis centralis; der Aquaeductus Sylvii bildet Divertikel; am unteren und oberen Ende der Höhle geht sie in Gliawucherungen über, die in der Gegend der Vierhügel als Tumor aus dem Gewebe hervortreten. Die exstirpierte Geschwulst erwies sich als ein Neuroepithelioma gliomatosum. Die Verf. faßt beide Prozesse — Tumor und Syringomyelie — als auf die gleiche kongenitale Mißbildung zurückgehend auf.
Bresowsky (Dorpat).

Derman, G. L.: Ein Beitrag zur Kenntnis der Neurinomatose. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Charité, Berlin.*) Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 37, Nr. 2, S. 52 bis 56. 1926.

Fall von multipler Neurinomatose mit einem Tumor der Dura spinalis, der operativ entfernt wurde. Excidierte Hauttumoren ergaben typisches histologisches Bild mit Nachweis von Achsenzylindern nach Bielschowsky. Der Duratumor besteht aus in Wirbeln, Rosetten und Papillen angeordneten endothelartigen Elementen ohne nachweisbare Zwischenstubeanz.
Fr. Wohlwill (Hamburg).

Ssolexkij, W.: Ein Fall von Läsion des Epikonus. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 449—456. 1925. (Russisch.)

Bekanntlich wird nach Minor als Epikonus der untere Rückenmarksabschnitt bezeichnet, der die 2 unteren Lumbal- und die 2 oberen Sacralsegmente umfaßt. Die Anatomie des Epikonus ist nicht ganz sicher statuiert. Es seien nach Verf. 2 Formen der Epikonusläsion zu unterscheiden. Starke Affektion des N. peroneus und schwache des Glutaeus max. spricht für Läsion des oberen Abschnittes des Epikonus, schwache Affektion des Nerven und starke des Gesäßmuskels spricht für Zerstörung seines unteren Abschnittes. Analyse der einschlägigen Literatur folgt der Beschreibung des leider nur klinisch beobachteten Falles.
Higier (Warschau).

Wirbelsäule:

Peiper, Herbert: Ergebnisse der Röntgendiagnostik der Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks vom Standpunkt der Jodipininjektion. (*Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 52, Nr. 1, S. 22—25. 1926.

Benutzt wird 40proz. Jodipin Merck, das durch die Zysterne eingespritzt wird. Bei Wirbeltumoren besitzt die Jodipinmethode nur Wert, wenn eine Markkompression besteht. Disseminierte, tropfenweise erfolgende Bahnung spricht für Meningitis adhaesiva. Bei intraspinalen Geschwülsten werden 3 Typen der Jodölarretierung unterschieden: 1. dauernder Stopp des Jodipins am oberen Geschwulstpol, 2. es bleibt nur der größere Teil des Öls am oberen Pol liegen, während der übrige vorbeigleitet und 3. kann das Öl zunächst zurückgehalten, nach 24 Stunden aber am Ende angekommen sein. Aufklärung über intra- oder extramedullären Sitz erbringt die Methode nicht. Bisweilen gelang eine Art Oberflächendarstellung bei umschriebener extramedullärer, aber auch bei zerstreut liegender extramedullärer Geschwulst. Nicht zu unterschätzen sei der Wert der Methode in Hinsicht auf die Frühdiagnose der Rückenmarkgeschwülste. Bei Wirbelbrüchen läßt sich mit Hilfe der Myelographie entscheiden, ob die Markkom-

Digitized by Google

pression durch einen Wirbelsplitter oder durch Blutung und Erschütterung hervorgerufen sei, woraus sich Anhaltspunkte zum operativen Vorgehen ergäben. Gefahrlos sei die Methode nicht, bei Pottschem Buckel und bei Spina bifida sollte man auf die Myelographie verzichten. Gute Abbildungen. *E. Heymann* (Berlin).

Stewart, Matthew J., and Joseph Edouard Morin: Chordoma: A review, with report of a new sacrococcygeal case. (Chordom: Überblick, mit Bericht über einen neuen sacro-coccygealen Fall.) Journ. of pathol. a. bacteriol. Bd. **29**, Nr. 1, S. 41—60. 1926.

Der beobachtete Fall betrifft einen 58jährigen Mann, bei dem sich im Laufe von 3 Jahren eine Geschwulst vom Sacrum ausgehend entwickelt hatte und bis zu 80 cm Umfang herangewachsen war. Neurologisch bestanden schießende Schmerzen im rechten Bein, das schließlich paretisch wurde, gelegentliche Blaseninkontinenz besonders Nachts, Sensibilitätsstörungen im rechten Unterschenkel und einige schwer heilende, aber zuletzt wieder geschlossene trophische Geschwüre an der großen Zehe. Allgemeinbefinden bis auf eine ziemliche Abmagerung kaum gestört. Eine Probeexcision ergab ein typisches Chordom. Aus der Schnittwunde entleerten sich längere Zeit reichliche schleimige Massen, was zu vorübergehender Verkleinerung des Tumors mit subjektiver Erleichterung des Kranken führte.

Im Anschluß an diesen Fall geben Verff. einen Überblick über die bisherige Chordom-Literatur: 55 Fälle, davon $^2/_3$ bei Männern, $^1/_3$ bei Frauen; sitzend fast genau je zur Hälfte an der Synchondrosis spheno-occipitalis und in der Regio sacro-coccygealis. Dazu kommen noch 24 veröffentlichte Fälle von Ecchordosis physaliphora, d. h. hyperplastische Reste der Chordoms, fast nur an der Schädelbasis gefunden, oft als symptomloser, zufälliger Obduktionsbefund, die sich nur in einer geringen Zahl zur echten Chordomgeschwulst entwickeln. Daß ein Chordom von den physiologischen Chordomresten, den Nucleis pulposis der Zwischenwirbelscheiben ausgeht, ist Verf. unwahrscheinlich. Die Chordome der Schädelbasis, oft klinisch als Hypophysentumor imponierend, können sowohl nach innen wie nach dem nasopharyngealen Raume hin wachsen. Dort sowohl wie am unteren Ende der Wirbelsäule haben sie die Neigung, den Knochen zu zerstören, sind aber im übrigen im allgemeinen gutartiger Natur, nur ganz selten metastasierend. Sie bestehen aus mehrkammerigen Cysten, das Gewebe ist in dem jüngeren Stadium dicht epithelial, weiter entsteht cytoplastische und intracelluläre Vakuolenbildung, blasenartig aufgeblähte Zellen, die Schleim bilden und zuletzt durch ein vacuolenreiches, rein muköses Gewebe auseinandergedrängt und ersetzt werden; häufig treten aus erweiterten dünnwandigen Gefäßen Blutergüsse in dasselbe aus. Die sacro-coccygealen Fälle können sich nach dem Becken hinein entwickeln und dort bis hoch in die Bauchhöhle hinaufwachsen. Eine radikale operative Entfernung der Tumoren ist fast nie gelungen; trotz ihrer an sich gutartigen Natur machen sie früher oder später örtliche Rezidive. Die durchschnittliche Lebensdauer der cranialen Chordome war 2,8, die der sakralen 6,4 Jahre. In 7 der beschriebenen Fälle konnte ein Trauma der Kreuzbeingegend als Anlaß der Tumorbildung wahrscheinlich gemacht werden. *Haenel* (Dresden).

Serrel, Etienne, et Georges Maurie: Diagnostic radiographique des abcès prévertébraux du mal de Pott cervical par le refoulement de la colonne claire aérienne. (Radiographische Diagnose der praevertebralen Abscesse bei cervikaler Pottscher Erkrankung auf Grund der Verdrängung der hellen Luftsäule.) Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. **9**, Nr. 11, S. 497—502. 1925.

Bei 9 Fällen von Caries der Wirbelsäule konnte am Profil-Röntgenogramm festgestellt werden, daß die vor der Wirbelsäule verlaufende Luftsäule des Pharynx, des Larynx und der Trachea entsprechend der Bildung eines prävertebralen Abscesses nach vorn verschoben sei. Bei der Rückbildung des Abscesses tritt diese Vorwölbung wieder zurück. Gelegentlich sieht man auch Kalkablagerungen im prävertebralen Abscеß. *A. Schüller* (Wien).

Privat, J.: La guérison intégrale du mal de Pott chez l'enfant. (Völlige Heilung der Pottschen Krankheit beim Kinde.) Evolution méd.-chir. Jg. **6**, Nr. 9, S. 307—309. 1925.

1. Allgemeinbehandlung: Luftliegekur. 2. Lokale Behandlung: Sandkissen, gefenstertes Korsett (letzteres ist dem Sandkissen vorzuziehen), Ultraviolettstrahlen.

Digitized by Google

Dauer der Behandlung: 3—4 Jahre. Mit solcher Therapie wird man den Buckel bei Pottscher Krankheit verhindern können. *Kurt Mendel.*

Prokin, A.: Sieben Fälle von Wirbelsäuleversteifung. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 441—447. 1925. (Russisch.)

Alle 7 Patienten, die an Wirbelsäuleversteifung litten, waren Männer im Alter von 29 bis 50 Jahren. Der Beginn und weitere Verlauf der Krankheit bietet nichts Einheitliches, auch die Dauer schwankt zwischen 1 und 15 Jahren. Die Art der Beschäftigung scheint eine Rolle zu spielen. Unter den Patienten des Verf. waren 2 Ärzte, 2 Schlosser, 1 Tischler, 1 Kaufmann, 1 Schiffskapitän. 4 von diesen Herren haben in der Anamnese die Gonorrhöe; Lues hat keiner von ihnen gehabt. Was das klinische Bild anbetrifft, so begann die Krankheit bei 4 Patienten akut, bei den übrigen 3 Kranken schleichend; bei 1 traten zuerst die Schmerzen in der Halsgegend auf, bei dem 2. in der Lendengegend, die übrigen lokalisierten ihre Schmerzen hauptsächlich in der Wirbelsäule. Die meisten der Patienten sind geneigt, das Leiden als Folge der Erkältung aufzufassen. Eine spezifische Therapie gibt es nicht; am besten scheint die Moorbehandlung gewirkt zu haben. Verf. betont, daß fast alle diese Patienten Vagotoniker waren, und bei 4 von ihnen war die Pilocarpinreaktion sehr stark ausgesprochen. Auf Grund dieser Beobachtungen stellt der Verf. folgenden Satz auf: Jedes ätiologische Moment, welches Knochen- oder Gelenkerkrankungen hervorrufen kann (Lues, Gonorrhöe, Erkältung. Trauma), führt gelegentlich auch zur Wirbelsäuleversteifung, wenn zu gleicher Zeit eine Störung der inneren Sekretion eingetreten ist. *L. Arinstein* (Charlottenburg).

Raynaud, M., A. Lacroix, P. Boutin et Marill: Paraplégie amyotrophique radiculaire partielle du type supérieur lombaire, par rhumatisme vertébral chronique. (Partielle radikuläre amyotrophische Paraplegie vom oberen Lumbartypus infolge chronischen Wirbelsäulenrheumatismus.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 42, Nr. 3, S. 90—93. 1926.

Mitteilung eines Falles. Das Röntgenbild deckte einen chronischen Wirbelsäulenrheumatismus (Lombarthritis) auf. Es bestand eine Beinparese mit Muskelatrophie und Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit im Gebiete der Wurzeln von L_1 bis L_4. *Kurt Mendel.*

Hassin, George B.: Spina bifida occulta cervicalis. Report of a case. (Fall von Spina bifida occulta cervicalis.) (*Cook county hosp., Chicago.*) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 14, Nr. 6, S. 813—818. 1925.

Dem jetzt 36jährigen Pat. war in der Kindheit eine Geschwulst im Nacken entfernt. Erst mit 36 Jahren stellten sich Beschwerden ein: allmählich fortschreitende Steifigkeit aller vier, besonders der oberen Extremitäten. Befund: Entsprechende Spasmen mit Pyramidenzeichen, leichte Sensibilitätsstörungen. Über dem 6. Halswirbeldorn — abgesehen von der Operationsnarbe — eine behaarte, gerötete Hautpartie. Röntgen: schmaler Spalt im Dornfortsatz des 6. Halswirbeldorns. Operation wurde vom Pat. abgelehnt. *Fr. Wohlwill.*

Muskuläre Erkrankungen:

Müller, A.: Der muskuläre Kreuzschmerz. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 102, H. 4/5, S. 537—602. 1925.

Müller unterscheidet eine Lendenform und eine Gesäßform des Kreuzschmerzes. Die Wirbelsäule kann dabei versteift oder verkrümmt sein, auch bleibende Skoliose kann daraus entstehen. Die Ischias ist auf muskulären Kreuzschmerz zurückzuführen. Die Diagnose wird durch „Massagediagnostik" (richtiger doch wohl: palpatorische Untersuchung; Ref.) gestellt, Massagetherapie heilt diese Leiden. Die Arbeit, die manche interessante und sicherlich nicht unwichtige Beobachtung enthält, wird durch eine Fülle von Irrtümern, Einseitigkeiten und Schiefheiten entwertet. Wie stellt M. z. B. Vorspringen, Spannung und Schwellung des M. quadratus lumborum fest? Er bildet ihn schematisch in Rückenansicht ab; aber dieser Muskel kann von hinten her weder gesehen noch getastet werden, — übrigens auch vom Bauche her nur in seltenen Fällen und dann auch nur getastet, niemals gesehen —. Die weitgehenden Folgerungen, die Verf. an den Fall 41 anknüpft, u. a. die, daß „die Ischias ein muskulärer Kreuzschmerz mit Sitz im Gesäß einer Seite usw." ist, sind unzweifelhaft unberechtigt. Viele Fälle von sog. „Ischias" (den Fall 41 würde Ref. übrigens nicht als Ischias bezeichnen) sind, wie heute jeder Fachmann weiß, muskulären Ursprungs. Aber man braucht doch nur die neuere englisch-amerikanische Literatur einzusehen, um aus sehr sorgsamen

Digitized by Google

und einleuchtenden Untersuchungen den Eindruck zu gewinnen, daß mindestens ein beträchtlicher Teil der bisher „Ischias" genannten Erkrankungen auf Wirbel- und Iliosacral-Gelenksveränderungen zurückgeht. Auch damit ist die Ätiologie des Krankheitssyndroms, das wir Ischias nennen, sicherlich noch nicht erschöpft; die Definition Ms. jedoch berücksichtigt nur einzelne Bezirke aus dem umfassenden Gebiete und ist zudem nicht neu. *Toby Cohn* (Berlin).

Schčerbak, A.: Über die vegetative Theorie der progressiven Muskeldystrophie. Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 8, S. 644—645. 1925. (Russisch.)

Auf Grund der neuen Untersuchungen von Foix und Nicolesco und anderer Arbeiten glaubt Verf., daß die von ihm noch im Jahre 1921 aufgestellte vegetative Theorie der progressiven Muskelatrophie in der letzten Zeit an Wahrscheinlichkeit viel gewonnen hat. Die von ihm vorgeschlagene Bezeichnung „vegetative progressive Muskeldystrophie" sei insofern von Bedeutung, als sie auch für die Behandlung einen neuen Weg aufzeigt, und zwar die Adrenalintherapie, was bei einer bis jetzt vollständig hoffnungslosen Krankheit einen besonderen Wert hat. *L. Arinstein* (Charlottenburg).

Bolten, G. C.: Juvenile Muskeldystrophie auf dem Boden von hereditärer Lues. Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 2. Hälfte, Nr. 16, S. 1792—1796. 1925. (Holländisch.)

Zwei Brüder von 19 bzw. 12 Jahren leiden beide an progressiver Muskeldystrophie. Es ist nicht der reine juvenile Typ, sondern es finden sich auch Symptome der neurotischen Form. Die Mutter hat zahlreiche Aborte und positiven Wassermann. Es finden sich Zeichen der hereditären Lues, aber kein positiver Wassermann bei den Kranken. Antiluetische Behandlung ebenso Hypophysen-, Schilddrüsen- und Nebennierenpräparate waren erfolglos. *König.*

Schill, Imre: Fall von Polymyositis. Orvosi Hetilap Jg. **69**, H. 38, S. 906—907. 1925. (Ungarisch.)

16jähriger Junge erkrankt im Dezember 1923 an allgemeiner Müdigkeit und Spannungen in den Beinen; bald stellt sich eine Schwellung der Schenkel und Unterschenkel ein, die in kurzer Zeit auf Arme und Hände übergriff, bald auch Brust und Hals in Mitleidenschaft zog. Temperaturen bis 37,7°. Vor seiner Aufnahme in die Klinik (April 1924) traten noch Schluckbeschwerden hinzu. Somatisch: Geschwollene Augenlider, gedunsenes Gesicht, Schwellung der Extremitäten, bei Freibleiben der Gelenke; die Schwellungen behalten den Fingereindruck; Muskelkonturen unsichtbar. Aktive Bewegungen verlangsamt, schwierig, bei passiven deutet er Schmerz an. Von den inneren Organen ist nur eine Milzschwellung als pathologischer Befund vorhanden. Neurologisch keine Abweichung. Im Harn nichts Pathologisches, Wassermann negativ. Das Bild entsprach am meisten einer allgemeinen Muskeltrichinose, doch sprach das Blutbild (Leukocytose und Fehlen von Eosinophilie) sowie das Fehlen der Diazoreaktion im Harn dagegen. Es mußte eine infektiöse Polymyositis angenommen werden, welche durch die histologische Untersuchung auch bestätigt wurde. Unter allmählicher Zunahme der Erscheinungen, besonders der Ernährungsstörung infolge der Schluckbeschwerden, Tod in unmittelbarer Folge einer Bronchopneumonie nach 8monatiger Krankheitsdauer im Juli 1924. Die anatomische Untersuchung zeigt makroskopisch braungelbe Färbung der Muskeln mit rotem Perimysium und zahlreiche kleine Blutungen in den Muskeln. Mikroskopisch: Von den verschiedensten Muskeln hergestellte Präparate zeigen gleichförmig neben normalen Fasern zahlreiche, herdförmig angeordnete, gequollene, mit Eosin sich gut färbende, keine Querstreifung aufweisende Muskelfasern, dann solche die wieder ganz dünn sind und auch keine Querstreifung zeigen. In letzteren ist viel Fett nachweisbar. Weite, mit Blut gefüllte Capillaren. In den Intercostalmuskeln zeigen sich reichliche rundzellige Infiltrate. Die untersuchten peripheren Nerven erschienen im mikroskopischen Bilde normal. *Richter* (Budapest).

Manjkovskij, B.: Muskelhypertrophien neuritischen Ursprungs. Sovremennaja psichonevrologija Jg. **1**, Nr. 6/7, S. 74—84. 1925. (Russisch.)

3 Fälle. In 2 Fällen nach Typhus (exanth.?), in einem nach Neuritis n. ischiadici stellt sich nach einer Periode von Schmerzen und Schwäche im weiteren Verlaufe (nach Monaten) eine Hypertrophie der betreffenden unteren Extremität ein; in einem Falle war vermutlich eine Thrombophlebitis vorausgegangen. Verf. bespricht die zur Erklärung dieses ungewöhnlichen Verlaufes bereits veröffentlichten Anschauungen und schließt sich im wesentlichen Bechterew an; es handle sich stets um eine subakut verlaufende Neuritis, bei der besondere Umstände auf die Trophik der Muskeln einwirken, wobei das häufige Vorkommen von entzündlichen Prozessen der Gefäße (Venen) mit darauffolgenden Kreislaufstörungen in den Muskeln besonders bemerkenswert ist. Verf. weist auf die Beteiligung des Sympathicus beim Zustandekommen trophischer Störungen hin. *Bresowsky* (Dorpat).

Digitized by Google

Mouriquand et Bernheim: Myopathie et encéphalopathie congénitale. (Myopathie u. angeborene Encephalopathie.) Lyon méd. Bd. **136**, Nr. 51, S. 735—738. 1925.

Beschreibung eines Falles von Muskeldystrophie bei einem 9jährigen Knaben mit hochgradigem Schwachsinn und epileptiformen Anfällen. Es wird die Frage des Zusammenhanges zwischen der cerebralen und der Muskelveränderung aufgeworfen. *Max Grünthal* (Berlin).

Faldini, Giulio: Osservazioni cliniche ed istologiche sopra la atonia muscolare congenita. (Malattia di Oppenheim.) (Klinische und histologische Beobachtungen von Myatonia congenita (Oppenheimsche Krankheit.) (*Istit. ortop. Rizzoli ed univ.-clin. ortop., Bologna.*) Chir. d. org. di movim. Bd. **10**, H. 1/2, S. 165—194. 1925.

Mitteilung von 4 Fällen, unter denen sich 2 Geschwister befinden. Bei allen Patienten bestanden Beugecontracturen an den Beinen, deren Häufigkeit unter seinen Beobachtungen Verf. mit dem zu ihrer Entwicklung Gelegenheit gebenden relativ hohen Alter seiner Kranken erklärt. Die Contracturen werden auf die Haltungsanomalien, das Überwiegen bestimmter Muskelgruppen bei funktioneller Schwächung aller und sekundäre Schrumpfung im Muskel zurückgeführt. Sie werden durch Myotomie, Capsulotomie, brüske oder allmähliche Dehnung, nachfolgende Massage, Anwendung von Stützapparaten, Übungstherapie wirksam angegangen, so daß vor allem die Kranken gehfähig werden. Die Skoliose in einem Falle wird als durch die veränderten statischen Verhältnisse verursacht angesehen. Im übrigen bieten die Beobachtungen keine Besonderheiten des klinischen Bildes. Die histologische Untersuchung excidierter Muskelstücke ergab: spärliche, durch reichliches Binde- oder Fettgewebe getrennte Muskelfasern. Diese sind von verschiedenem Kaliber, meist dünner als normal, zum Teil aber auch von außerordentlich großem Umfang. Die Sarcolemkerne sind vermehrt, liegen mitunter zentral. Die Fibrillen zeigen keine Abweichungen von der Norm. Bei dem einzigen darauf untersuchten Fall waren bei Färbung nach Ruffini keine motorischen Endplatten nachzuweisen, wobei aber Verf. an völligem Gelingen der Methodik zweifelt. — Es handle sich bei der Myotonie nicht um einen Krankheitsprozeß, sondern um eine Störung der Anlage des Muskels. Die von anderen gefundenen Anlagestörungen der Vorderhornzellen hält Verf. für den Muskelveränderungen gleichgeordnet. *Hans Strauss* (Frankfurt a. M.).

Miraglia, Michele: Un caso di amiotonia congenita. (Ein Fall von Amyotonia congenita.) (*Istit. di clin. pediatr., univ., Napoli.*) Pediatria, riv. Jg. **33**, H. 23, S. 1285—1292. 1925.

Bei negativer Luesanamnese und Fehlen jeglicher luetischer Symptome sowohl beim Kind als auch bei der Mutter WaR. positiv. Rasche Besserung nach Hg-Kur. Die Mutter gebärt nachher noch ein Kind, welches angeblich dieselben Symptome bot. Nach einer Hg-Kur der Mutter Geburt eines gesunden Kindes. Verf. meint, die luetische Ätiologie der Amyotonie wäre häufiger, als man annimmt, und betont, daß unter den etwa 100 bisher publizierten Fällen die WaR. bei den luesunverdächtigen selten ausgeführt wurde. Verf. ist der Meinung, daß außer dem Muskelapparat die peripheren Neurone geschädigt seien, vermag jedoch keine strikten Beweise dafür zu geben. *Josef Wilder* (Wien).

Sympathisches System und Vagus:

Kosmadis, W.: Die Temperatur der kranken Haut und ihre Bedeutung bei der Behandlung verschiedener Hautkrankheiten. Medicinskaja mysl Bd. **3**, Nr. 3, S. 6 bis 11. 1925. (Russisch.)

14 Temperaturmessungen in 5 Fällen von Neurodermitis ergaben Herabsetzung der Hauttemperatur — an den erkrankten Stellen — im Vergleich mit den benachbarten gesunden Hautpartien — um 1,0—1,7°; nur 1 mal war die Temperatur der erkrankten Haut um 0,2° höher. Bei Sklerodermie (18 Messungen an 3 Patienten) konnte den Verf. stets eine deutliche — bis 1,5° — Herabsetzung der Temperatur an den von Sklerodermie betroffenen Hautpartien feststellen. *L. Arinstein* (Charlottenburg).

Borowskij, M.: Ein Fall von Hemiatrophia facialis progressiva mit halbseitiger Hypoplasie des Rachens und Kehlkopfes. Sovremennaja psichonevrologija Jg. 1, Nr. 3/4, S. 121—125. 1925. (Russisch.)

Die ersten Erscheinungen der Hemiatrophie (Gesichtsasymmetrie, Knochenatrophie röntgenologisch nachweisbar, Entwicklungsdefekt halbseitig am Schlund und Nasenrachenraum ohne Funktionsstörungen) stellten sich im 21. Lebensjahr ein.

Verf. sucht nachzuweisen, daß am Grund derartiger Hemiatrophien Defekte der embryonalen Mesodermanlage (Subcutis, Fettpolster, Muskulatur und Knochen) liegen. Der angeborene Faktor darf nicht vernachlässigt werden. *Higier* (Warschau).

Digitized by Google

Thibierge, L. Spillmann et Weissenbach: Sclérodermie et granulations calcaires sous-cutanées. (Sklerodermie und subcutane kalkartige Granulationen.) Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. Jg. **32**, Nr. 7, S. 58—63. 1925.

Ausführliche Krankengeschichte eines 18jährigen Genuesen mit kongenitaler Lues und Infantilismus, der gegenüber den bisher bekannten Fällen von Infantilismus insofern ein Unikum darstellt, als es sich hierbei um einen sklerodermischen Prozeß handelt, verbunden mit schwerer allgemeiner Dystrophie, die elektiv ergriffen hat die Haut, den Sympathicus und unter den endokrinen Organen jene ektodermischen Ursprungs, und zwar mit einer Intensität, die parallel geht ihrer phylogenetischen Rangordnung (schwere Entartung der Testikel, in einem weniger schweren Grade der Hypophyse und Schilddrüse); die Lues der Erzeuger hat hier frühzeitig, vielleicht schon im fetalen Leben und vorwiegend das ektodermale Keimblatt ergriffen und so den abiotrophischen Prozeß eingeleitet, wie er nun im geschilderten schweren Krankheitsbilde vorliegt. *G. Stiefler* (Linz).

Isola, Domenico: Distrofia generalizzata, sclerodermia in adolescente affetto da gravi fenomeni patologici di ordine endocrino. (Allgemeine Dystrophie, jugendliche Sklerodermie, einhergehend mit schweren pathologischen Erscheinungen endokrinen Charakters.) (*Istit. Maragliano, Genova.*) Note e riv. di psichiatr. Bd. **13**, Nr. 3, S. 397—414. 1925.

Ein 14jähriges Mädchen erkrankte an Diphtherieangina, erhielt 20 ccm des Antidiphtherieserums, worauf sich in den folgenden Tagen ein rubeola-artiger Ausschlag einstellte. Nach 6—8 Wochen trat eine Polyneuritis in Erscheinung mit Schmerzen und Paresen an Beinen und Armen, Gaumensegellähmung, sowie eine vorübergehende Schädigung der Niere mit Albuminurie, Anurie, anfangs partiellen, dann generellen Ödemen. Später entwickelten sich Retraktionen der Achillessehnen, Beuge-Contracturen an Ellbogen- und Kniegelenken. Fast 2 Jahre nach Beginn zeigten sich zum ersten Male subcutane harte Granulationen, die sich allmählich bis zur Unzahl vermehrten und von denen einige die Größe einer Mandarine erreichten; sie abscedierten später und entleerten eine weiße Masse, die als kohlen- und phosphorsaurer Kalk erkannt wurde. Zunehmende, schließlich hochgradige Abmagerung. Die Granulationen sind von Hause aus ähnlich den zu Beginn des Verkalkungsprozesses bei Sklerodermie beschriebenen Veränderungen; auch der Sitz — tiefere Teile der Haut- oder Unterhautzellgewebe — würde damit übereinstimmen. Das Eigenartige dieses Falles liegt aber darin, daß irgendwie sklerodermische Veränderungen in der Haut selbst vollkommen fehlen, nach dem histologischen Befunde ausschließlich im Unterhautzellgewebe zu finden sind; Verff. verweisen auf frühere eigene Beobachtungen mit den relativ häufigen Beziehungen zwischen den subcutanen kalkartigen Bildungen und den Sklerodermien. Die Mehrzahl hiervon bilden die Fälle mit der so langsam fortschreitenden Sklerodaktylie, während im vorliegenden Falle die Hautveränderungen sich ungemein rasch entwickelt haben. — Nicolas konnte bei diesem Falle im Röntgenbilde nachweisen, daß sich die kalkartigen Granulationen sowohl im Unterhautzellgewebe wie auch an den Sehnen fanden, stellte weiterhin fest, daß sie ihrer chemischen Zusammensetzung nach ausschließlich aus kohlensaurem Kalk bestanden, und faßt den Fall nicht auf als eine Sklerodermie mit kalkartigen Veränderungen, sondern als eine subcutane und tendinöse Calcinose im Gefolge eines akuten generalisierten postserotherapeutischen Ödems.
G. Stiefler (Linz).

Herzog, Ferenc: Über die Therapie der Sklerodermie mit Kochsalzlösungseinspritzungen. Orvosi Hetilap Jg. **70**, Nr. 1, S. 16—18. 1926. (Ungarisch.)

Den Ausgangspunkt dieser therapeutischen Versuche bilden die günstigen Erfahrungen des Verf. über die Kochsalzinjektionen bei intermittierendem Hinken (vgl. dies. Zentrlbl. **41**, 896), welche er nicht so sehr bei den Fällen mit Arterioklesrose, als bei jenen auf Grund der Arteriitis obliterans und Gefäßspasmen sah. Verf. nimmt an, daß solche Injektionen auch bei der Sklerodermie gute Wirkung entfalten, nicht eben durch Einfluß auf das sklerodermische Gewebe, als indirekt durch Verbesserung der Blutzirkulation in den verengten, oft nur spastisch kontrahierten Gefäßen, vielleicht auch dadurch, daß die hypertonische Lösung die Säftezirkulation und Gewebsernährung günstig beeinflußt. Bei 8 weiblichen Kranken, überwiegend im Alter von 40—50 Jahren, gab Verf. täglich eine intravenöse Injektion einer 10proz. Kochsalzlösung, Dosis 10 ccm; durchschnittlich 30 Injektionen. Die Erfolge waren durchwegs gute: Die cyanotische Haut wurde rötlich und wärmer, Schmerzen und Parästhesien ließen nach, Trockenheit und Pigmentierung der Haut haben abgenommen, die Geschwüre zeigten erst später eine Besserung, auch Heilung. Erst nach diesen Symptomen vermindert sich Härte, Straffheit und Glanz der Haut, doch zeigten die Fälle gerade in

Digitized by Google

dieser Beziehung recht verschiedenes Verhalten. Verf. sieht hierin eine Bestätigung seiner Annahme; anfänglich bessern sich jene Erscheinungen, welche durch schlechte Zirkulation bedingt sind, doch jene, welche erst indirekt durch die Zirkulationsverhältnisse bedingt sind, zeigen eine spätere und geringere Beeinflußbarkeit. Es ist anzunehmen, daß die Gefäßerkrankung nicht bloß die durch andere Ursachen bedingten Gewebsveränderungen in ihrem Wesen beeinflußt, sondern daß die Gefäßerkrankung selbst einen wesentlichen Einfluß ausübt. Hierauf verweisen die im Anfange oft bestehenden und an Raynaud erinnernden Störungen der Vasomotilität, welche oft verschwinden können, doch welche oft die Einleitung der Sklerodermie bilden; die Störung der Vasomotilität kann dann im weiteren Verlaufe zu Spasmen, Ödemen und Pigmentierungen führen. Die Kochsalzinjektionen haben in erster Reihe die Störungen des Kreislaufes, der Vasomotilität beeinflußt, sekundär die Folgeerscheinungen.

Karl Hudovernig (Budapest).

Holsclaw, Florence M., and Jewyl A. Booth: Report of a case of symmetrical gangrene following excessive dose of pituitrin. (Über einen Fall symmetrischer Gangrän nach exzessiver Pituitrindosis.) Arch. of pediatr. Bd. 42, Nr. 1, S. 64—67. 1925.

Ein einjähriges untergewichtiges Kind mit schwerer chronischer Ernährungsstörung und Auftreibung des Bauches wurde neben einem Kohlenhydratregime mit subcutanen Kochsalzinjektionen und, da diese erfolglos, mit Pituitrininjektionen behandelt. Diese wurden irrtümlich in größeren Dosen verabfolgt, als geplant war. Es kam zu symmetrischer Gangrän der Hände und Füße, der das Kind erlag. Die Obduktion war bis auf pneumonische Veränderungen negativ.

Neurath (Wien).

Török, Lajos: Über den Entstehungsmechanismus der Hautcyanose bei Akrocyanose, Cutis marmorata, Rosacea, Hautatrophie und Raynaudscher Erkrankung. (*Gráf Apponyi Albert-Poliklin., Budapest.*) Gyógyászat Jg. 66, Nr. 51/52, S. 1146 bis 1148. 1925. (Ungarisch.)

Die lokale Cyanose der Haut bei der Akrocyanose, bei der Cutis marmorata (Livedo annularis a frigore), bei der Raynaudschen Krankheit und bei durch Krankheit herabgekommenen Individuen an Stellen, welche längere Zeit hindurch einem Druck ausgesetzt waren, ist im allgemeinen die Folge einer Inkongruenz in dem Weitezustand der Hautcapillaren einerseits und der zuführenden Arteriolen und wegleitenden Venülen, welche in einer relativ zu großen Weite der Capillaren zum Ausdrucke gelangt. Bei der Akrocyanose ist im Beginn eine gesteigerte Erregbarkeit sowohl der Dilatatoren, als den Constrictoren nachweisbar. Es kann daher angenommen werden, daß die leichteren Kältegrade, welche schon die Akrocyanose auslösen und von welchen nicht angenommen werden kann, daß sie tiefer in die Haut einzudringen vermögen, bloß die oberflächlich gelagerten Capillargefäße der Haut unmittelbar beeinflussen und zur Erweiterung bringen, während gleichzeitig die zuleitenden Arteriolen und die wegleitenden Venülen auf reflektorischem Wege verengert werden. Das im erweiterten capillaren Strombette unter vermindertem Antrieb und erschwertem Abfluß langsam strömende Blut wird im erhöhten Maße desoxydiert und hieraus resultiert die cyanotische Farbe. Die Cyanose der Cutis marmorata betrifft immer dieselben Hautabschnitte, d. h. ihrer marmorierten Zeichnung liegt stets die Erweiterung derselben Hautgefäßabschnitte zugrunde. Durch Wärmeeinwirkung läßt sich aber auch eine arteriell gefärbte, hellrote Marmorierung der Haut hervorrufen, welche genau dieselben Stellen betrifft und durch einen gesteigerten Blutzufluß in dieselben Gefäßabschnitte verursacht wird. Es scheint demnach, daß diese Gefäßabschnitte in unmittelbarer Verbindung mit dem arteriellen Zufluß, d. h. mehr in der Richtung der Blutströmung gelegen sind, als die benachbarten blassen Stellen der Cutis marmorata, so daß sowohl der gesteigerte Zufluß, als der erschwerte Abfluß vor allem hier zum Ausdruck gelangt. Ein verschiedenes Verhalten der blassen und cyanotischen Stellen gegenüber Temperaturreizen spielt dabei offenbar ebenfalls eine wichtige Rolle, der Tonus verringert sich unter diesen Einflüssen an den Capillaren der cyanotischen Abschnitte der Cutis marmorata, so daß diese dem Drucke des eindringenden Blutes geringeren

Digitized by Google

Widerstand leisten, als die Capillaren der benachbarten blassen Stellen und sich erweitern. Die blassen Stellen werden nicht bloß deshalb weniger mit Blut angefüllt, weil sie abseits von der direkten Stromrichtung des Blutes liegen, sondern auch weil der Tonus ihrer Capillarwände ein stärkerer ist und diese dem Blutdrucke mehr widerstehen. In dem im Vergleich zu dem arteriellen Zu- und dem venösen Abfluß übermäßig erweiterten Capillaren ist die Blutströmung verlangsamt, so daß eine cyanotische Färbung resultiert. (Bei der durch Wärme verursachten Cutis marmorata erythematosa ist der arterielle Zufluß gesteigert, Arteriolen, Capillaren und Venülen sind gleichzeitig erweitert. Daher ihre helle, arterielle Röte.) Für die Hautcyanose, welche sich bei marantischen Individuen nach Aufhören des Druckes einstellt, wird neben dem mangelhaften Antrieb von seiten des Herzens auch eine Tonusverminderung der Capillaren der Hant verantwortlich gemacht, welche nach Aufhören des Druckes eine übermäßige Erweiterung der an der gedrückten Stelle befindlichen Capillaren zur Folge hat. Diese Tonusverminderung wird z. T. auch die direkte Druckwirkung auf die durch die Krankheit geschädigten, weniger widerstandsfähigen Capillaren zurückgeführt, z. T. auf die Wirkung capillarerweiternder Stoffwechselprodukte, welche sich während der Druckanämie anhäufen. Die Cyanose des asphyktischen Stadiums der Raynaudschen Krankheit ist daurauf zurückzuführen, daß die Kontraktion der Capillaren vollständig aufhört, während sie in den zuleitenden und wegleitenden Gefäßen bloß wenig nachläßt. *Karl Hudovernig* (Budapest).

Kennedy, Foster: Cerebral symptoms induced by angioneurotic edema. (Hirnsymptome bei angioneurotischem Ödem.) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 15, Nr. 1, S. 28—33. 1926.

Fall 1: 2jähriges Mädchen mit häufigen Urticaria-Attacken. Einem solchen Schub ging einmal ein Anfall voraus, bei dem das Kind mehrmals am Tage laut aufschrie und nach dem rückwärts gebeugten, offenbar schmerzenden Kopf faßte. Ein anderes Mal traten im Anschluß an eine Urticaria epileptiforme Krämpfe auf, die erst nach ausgiebiger Lumbalpunktion verschwanden. Der chemisch und cytologisch normale Liquor stand unter enormem Druck. Bei Milchkarenz blieben 17 Monate lang Kopfschmerzen, Krämpfe und Urticaria weg. — Fall 2: Ein Mann in mittlerem Lebensalter hatte im Laufe eines Jahres 4 Anfälle von passagerer Hemiplegie — 2 mal von kompletter motorischer Aphasie begleitet — bei gleichzeitigem Einsetzen einer Urticaria. Nach 36 Stunden jedesmal völliges Verschwinden aller Symptome. Dieser Patient hatte 10 Jahre lang bis zum Auftreten der Hemiplegien wiederholt Attacken von akutem umschriebenem Ödem des weichen Gaumens, der Lippen, der Wangen, gelegentlich auch der Arme und des Rumpfes. — Fall 3: 28jähriger ♂, der in der Kindheit Asthmaanfälle gehabt hatte und dessen Mutter nach Fischgenuß stets an Urticaria erkrankt war, litt an häufigen Anfällen von akutem umschriebenem Ödem, das verschieden lokalisiert war. In den letzten Jahren waren diese Anfälle mit schweren passageren Hirnsymptomen verbunden, so z. B. mit Kopfschmerzen, Schläfrigkeit und Sehstörungen. Einmal bestand 14tägige Blindheit des einen Auges. Der letzte, schwerste Anfall war mit doppelseitiger Taubheit, Aphonie, Gaumensegel- und Zungenparese, Sehstörungen und Sphincterlähmung kombiniert; diese Störungen bildeten sich nur langsam und unvollkommen zurück. War das Auge beteiligt, so war für die Dauer des funktionellen Ausfalls auch die Pupille entrundet, die Licht- und Konvergenzreaktion träge. — Aussprache: Hermon C. Gordinier berichtet über einen anscheinend in diese Gruppe gehörigen Fall von Jacksonschen Krämpfen mit nachfolgender 10tägiger Hemiplegie und Aphasie bei einem jungen Mann, der an Asthma-Anfällen litt. *Taterka* (Berlin).

Schlesinger, Hermann: Über den Hydrops articulorum intermittens und seine familiäre Form. (*Allg. Krankenh., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. 39, Nr. 3, S. 68—72. 1926.

Unter intermittierender Gelenkschwellung ist zu verstehen ein in meist regelmäßigen Zwischenräumen wiederkehrender Gelenkerguß von höchstens mehrtägiger Dauer, der ohne ausgesprochene Entzündungserscheinungen verläuft, durch Salicyl nicht beeinflußt wird und ohne Herzerkrankung oder anatomische Veränderungen des Gelenkes abheilt. Die Erkrankung, deren Entstehungsursache noch völlig im Dunkel liegt, ist sehr selten. Schlesinger führt in seiner Monographie (1903) 68 Fälle, darunter 2 eigene an; die Zahl der Fälle beträgt heute kaum 100, darunter 11 eigene Beobachtungen des Verf. In der Regel ist das Kniegelenk ein- oder beiderseitig ergriffen.

Digitized by Google

Das Intervall ist bei demselben Kranken ein gleiches, schwankt zwischen wenigen Tagen und mehreren Wochen. Gelegentliche Vorläufer und auch Begleiter sind Parästhesien und Neuralgien im Hüfte-Oberschenkelbereiche. Die Gelenke sind meist nicht druckschmerzhaft, die Haut über den Gelenken ist manchmal leicht ödematös, nicht auffallend heiß, blaß. Die Kranken leiden oft viele Jahre — eine Pat. S. durch mindestens 28 Jahre — in vollkommen gleicher Weise unter diesen Anfällen, und manche verzeichnen zufolge der gleichen Zeitdauer der einzelnen Intervalle, oft für mehrere Monate voraus, die kranken Tage im Kalender („Kalendersymptom"). Die Erkrankung scheint beim weiblichen Geschlecht häufiger vorzukommen als beim männlichen, betrifft auffallend oft Neuropathen. In 7 von 9 Fällen des Verf. bestand ausgesprochene „Nervosität", bei 2 manisch-depressives Irresein. Direkte gleichartige Heredität oder familiäre Erkrankungen sind beobachtet, aber selten, häufig kommen in den gleichen Familien andere Affektionen mit neurovasculärer Disposition, Labilität des Gefäß- und Nervensystems, mit Beziehungen zu anaphylaktischen Vorgängen (Asthma) vor. Verf., der schon vor Jahren die Ansicht vertreten hat, daß die intermittierenden Gelenkschwellungen nur eine Abart des Quinckeschen Ödems seien, zeigt nun an der Hand ausführlicher Krankheitsberichte, wie die intermittierende Gelenkschwellung bei mehreren Mitgliedern einer Familie in 2 Zweigen derselben auftritt, die Hydropsien mitunter von Quinckeschem Ödem begleitet sind, dessen Lokalisation auffallend mit einer häufig bei der familiären Form des akuten Ödems beobachteten übereinstimmt, weiterhin, daß mindestens 2 Mitglieder an Hämophilie leiden. Nach Verf. sind die Anfälle in eine gewisse Analogie zu bringen mit den periodischen Lähmungen der Körpermuskulatur (Goldflam), vielleicht auch mit den harkoleptischen Anfällen oder der paroxysmalen Tachykardie. Verf. glaubt, daß dem Genitale bzw. innersekretorischen Vorgängen eine große Rolle bei der Entstehung der Anfälle zukommt, und empfiehlt, zumal die bisherige Therapie völlig versagte, wenigstens bei Frauen die vorübergehende Sterilisation mit Röntgenstrahlen zu erwägen. *G. Stiefler* (Linz).

● **Storm van Leeuwen, W.: Allergische Krankheiten. Asthma bronchiale, Heufieber, Urticaria und andere. Übers. v. Friedrich Verzár.** Berlin: Julius Springer 1926. VIII, 119 S. RM. 6.60.

Verf. ist bekanntlich ein Vertreter der extremen Richtung, die fast jedes Asthma als allergisch bedingt ansieht; und innerhalb dieser Richtung vertritt er weiterhin noch den besonderen Standpunkt, daß die Klimaallergene die bei weitem häufigste Ursache des allergischen Asthmas darstellen. Die Lektüre der Monographie erfordert daher einen kritischen Leser. In knapper Darstellung, aber in umfassender Weise und nötigenfalls unter Berücksichtigung genauer Einzelheiten (z. B. Technik) behandelt sie den gegenwärtigen Stand der Frage und faßt die Ergebnisse zusammen, die in zahlreichen, oft schwer zugänglichen Publikationen verstreut sind. Einleitend werden die verschiedenen Erscheinungsformen der Überempfindlichkeit und die theoretischen Streitfragen hinsichtlich Anaphylaxie und Allergie relativ kurz behandelt. Verf. teilte bis vor kurzem bekanntlich die Ansichten Cocas, der jeden Zusammenhang zwischen Anaphylaxie und Allergie leugnet und bewiesen zu haben glaubt, daß die Überempfindlichkeitskrankheiten allergischer Natur sind; Verf. zweifelt jetzt aber an der Richtigkeit von Cocas Standpunkt (die Bezeichnung „allergische" Krankheiten behält er rein aus Nützlichkeitsgründen bei) und betont die vielen Berührungspunkte zwischen Anaphylaxie und Allergie, wenngleich die Frage noch immer der vollständigen Klärung bedarf. Es folgen die Methoden zur Feststellung des kausalen Agens, wobei Verf. sich skeptisch verhält hinsichtlich der Eruierung der spezifischen Ursache mittels der Cutanproben. Ein breiterer Raum ist sodann der Darstellung der Miasmentheorie des Verf. gewidmet, betreff derer auf seine früheren Publikationen verwiesen werden muß. Ausführlicher dargestellt wird auch die Therapie der allergischen Krankheiten, insbesondere die antianaphylaktische und skeptophylaktische Behandlung: spezifische und unspezifische Desensibilisierung, Behandlung mit Tuberkulin, Pepton, Milch, Schwefel usw.

Digitized by Google

Zum Schluß wird auf die Besonderheiten bei der Behandlung der einzelnen allergischen Krankheiten (Asthma bronchiale, Heufieber, vasomotorische Rhinitis, Urticaria, Ekzem, angioneurotisches Ödem, Migräne und Epilepsie) kurz eingegangen. — Alles in allem ist die Monographie eine dankenswerte Arbeit, die eine rasche Orientierung über das vielumstrittene Thema der allergischen Krankheiten an der Hand eines kundigen Führers erlaubt, die aber auch einen kritischen Leser verlangt. *K. Eskuchen.*

Lindberg, Kaj: Beitrag zur Kenntnis des Purinstoffwechsels. Beobachtungen bei einem Fall von Urticaria mit flüchtigem Ödem. (*II. med. Klin., Helsingfors.*) Finska läkaresällskapets handl. Bd. **67**, Nr. 11, S. 943—972. 1925. (Schwedisch.)

Ein 26jähriger Kranker, der seit 4 Jahren an einer periodisch einsetzenden, idiopathischen Urticaria mit flüchtigen Ödemen litt, zeigte nach Eingabe von 10 mg Nucleinsäure eine über 3 Tage sich hinziehende, etwas verzögerte Elimination der exogenen Harnsäure, was als Stoffwechselanomalie gedeutet wurde. Die Zufuhr von Nucleinsäure verursachte dabei eine deutliche Exacerbation der Urticaria und der flüchtigen Ödeme. Bei gleichzeitiger Zufuhr von 150 ccm 56proz. Alkohol und 10 mg Nucleinsäure ergab sich eine erheblich geringere Harnsäureausfuhr als bei dem gleichen Versuch ohne Alkohol. Alkohol allein gab keine Veränderung der Harnsäureausscheidung. Im Verlaufe zweier, je 1 Woche dauernder Atophanversuche wurde festgestellt, daß die Harnsäureausfuhr des Patienten bei Atophanmedikation mit dem für gesunde Personen typischen Verhalten übereinstimmte in einer Weise, die für eine Einwirkung des Mittels direkt auf die Nieren sprach. Anhaltspunkte für ein Urteil über etwaige Einwirkung des Atophans auf das klinische Bild der Urticaria konnten nicht gewonnen werden.

Ingvar (Lund).

Stoffwechsel und endokrine Drüsen:

Allgemeines über innere Sekretion:

Szondi, Lipót: Wachstumsstörungen und innere Sekretion. Gyógyászat Jg. **65**, Nr. 36, S. 814—816, Nr. 37, S. 850—856, Nr. 38, S. 870—876 u. Nr. 39, S. 893—896. 1925. (Ungarisch.)

An 71 Kranken mit nachweisbarer Störung der inneren Sekretion wurden die Beziehungen zwischen Wachstumsstörung und Endokrinopathien untersucht. Es zeigte sich, daß erstere sowohl in der Richtung der Hyposomie als auch nach der Seite der Hypersomie erhebliche Abweichungen von der Norm aufweist. Die Störungen der endokrinen Funktion offenbarten sich überwiegend in der Hypofunktion einzelner Drüsen. Am häufigsten fand man eine solche bei den Geschlechtsdrüsen (64,8%), dann bei der Schilddrüse (56,3%) und der Hypophyse (50%). Hyperfunktion der Schilddrüse war häufiger anzutreffen (21,1%) als bei der Hypophyse (20%) und am seltensten bei den Geschlechtsdrüsen (9,8%). Bei Kleinwuchs fand sich eine geschwächte Funktion der Schilddrüse (68,9%) und der Geschlechtsdrüsen (71,1%), sowie der Hypophyse (62,9%) recht häufig, hier fiel auch die Seltenheit der Thymushyperplasie (unter 45 Fällen nur 2mal) auf. Bei Großwuchs fand sich dagegen in der Hälfte der Fälle eine Hyperfunktion der Schilddrüse und der Hypophyse; hier war auch Thymushyperplasie häufiger (unter 20 Fällen 6mal). Es scheint also ein gewisser Parallelismus zu bestehen einerseits zwischen Kleinwuchs und Hypofunktion der Schilddrüse, Geschlechtsdrüsen und Hypophyse, andererseits zwischen Großwuchs und Hyperfunktion der Schilddrüse und Hypophyse zu bestehen. Unter den Kleinwüchsigen wird man nach dem Verhalten des endokrinen Apparates zwei Gruppen unterscheiden können: a) kleinwüchsige mit allgemeiner Schwäche des endokrinen Systems, wobei eine Hyperfunktion von seiten einer endokrinen Drüse nicht nachweisbar ist, dagegen Schilddrüse, Hypophyse und Geschlechtsdrüsen in wechselnder Kombination ausgesprochene Hypofunktion zeigen. b) Die zweite Gruppe bilden Kleinwüchsige mit Hypergenitalismus, wobei die Schilddrüse und Hypophyse geschwächt arbeiten, oder es kommt hier auch Hyperthyreoidismus vor. Exakte Arbeitsmethoden und vorsichtig gezogene Schlußsätze zeichnen die wertvolle Arbeit aus. *Richter* (Budapest).

Cannon, W. B.: Some general features of endocrine influence on metabolism. (Einige allgemeine Charakteristika des endokrinen Einflusses auf den Stoffwechsel.) (*Dep. of*

Digitized by Google

physiol., Harvard med. school, Boston.) Americ. journ. of the med. sciences Bd. **17**, Nr. 1, S. 1—20. 1926.

Verf. erläutert zunächst rein theoretisch die Möglichkeiten, die einem Organismus zur Verfügung stehen, um unter veränderlichen Bedingungen seinen Zustand zu erhalten. Am Beispiel der Blutzucker- und der Temperaturregulation zeigt er die Anwendbarkeit seiner Prinzipien. Die eingehende Analyse des Verf. entzieht sich dem Referat. Wie sehr Verf. auch den heuristischen Wert der angenommenen Beziehungen der endokrinen Drüsen zur Stoffwechselregulation betont, so zeigt er doch eindringlich, wie viele Annahmen noch des Beweises harren. *Erich Guttmann* (München).

Mogilnizky, B.: Korrelationsstörungen des neuroglandulären Apparates. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 233—244. 1925. (Russisch.)

Die mikroskopischen Untersuchungen des vegetativen Nervensystems bei Störungen der endokrinen Drüsen in Fällen von Basedow, Addison, Dystrophia adiposogenitalis, Status thymico-lymphaticus und Diabetes insipidus und mellitus führen den Verf. zu folgenden Schlüssen. 1. Es besteht im lebenden Organismus eine strenge Übereinstimmung und Harmonie der autochtonen, endokrinen und nervösen Prozessen. 2. Die pathologischen Veränderungen im vegetativen Nervenapparat rufen eine Störung der „dreifachen Sicherung" hervor. 3. Infolge der engen Wechselbeziehungen zwischen den endokrinen Drüsen und dem vegetativen Nervensystem entstehen im letzteren sekundäre degenerativ-atrophische Veränderungen bei primärer Erkrankung der Drüsen. 4. Bei jeder Erkrankung, die mit einer Stoffwechselstörung einhergeht oder von einer solchen begleitet wird, muß eine genaue individuelle Analyse in bezug auf die nervös-endokrine Korrelation sorgfältigst durchgeführt werden. *L. Arinstein* (Charlottenburg).

Galluppi, A.: Contributo allo studio degli ipoevolutismi. (Beitrag zum Studium der Unterentwicklungen.) (*Istit. di clin. med., univ., Genova.*) Rif. med. Jg. **41**, Nr. 51, S. 1205—1210. 1925.

Klinischer Bericht über 2 Fälle von krankhaftem Entwicklungsstillstand. Im 1. Falle handelt es sich um einen 17jährigen Jungen, bei dem im Alter von 11 Jahren ein Stillstand der körperlichen und geistigen Entwicklung eintrat. Es bestand Status thymolymphatic., verbunden mit vagotonischen Erscheinungen, und gleichzeitig lag ein Steinleiden vor, das zu einer Atrophie der Nieren und sekundärer arterieller Hypertonie geführt hatte. Der Autor spricht sich für die Annahme aus, daß der Entwicklungsstillstand in ursächlicher Beziehung steht zu dem Nierenleiden, das die Entfaltung der Keimdrüsen beeinträchtigte und dadurch die körperliche und geistige Ausreifung hemmte. — Im 2. Falle trat der Entwicklungsstillstand im Gefolge einer Encephal. epid. bei einem 3jährigen Kinde ein. Die nunmehr 15 Jahre alte Kranke entspricht in ihren Körpermaßen ungefähr einem 6jährigen Kinde, sekundäre Geschlechtsmerkmale fehlen. *Ed. Gamper* (Innsbruck).

Hypophyse, Epiphyse, Diabetes insipidus:

Pfeiffer, Ch.: Les premières phases du développement de l'hypophyse chez les oiseaux. L'hypophyse glande ouverte indépendante. (Die ersten Entwicklungsphasen der Hypophyse bei Vögeln.) Rev. franç. d'endocrinol. Bd. **3**, Nr. 4, S. 236—248. 1925.

Pfeiffer untersuchte die embryonale Entwicklung der Hypophyse bei Vögeln, insbesondere Hühnern, und fand, daß von der 60. Stunde bis zum 6. Tage der Bebrütung sich von den 3 Bestandteilen der Hypophyse (glandulärer, intermediärer und neuraler) lediglich der Drüsenanteil, der Vorderlappen entwickelt hat und ein rapides Wachstum zeigt. Die Rathkesche und Sesselsche Tasche stehen in losem Kontakt mit der Wand des Diencephalon. Aus der ersteren entsteht der Drüsenanteil der Hypophyse, die letztere beteiligt sich in keiner Weise an der Genese der Hypophyse, sondern geht über in den perichordalen Knorpel. Während des 7. bis 10. Tages der Bebrütung funktioniert die Hypophysendrüse lediglich in der Weise, daß ihr Sekret sich durch einen eigenen pharyngealen Ausführgang ergießt, während das Diencephalon vollkommen isoliert

Digitized by Google

von ihr bleibt. Dieses ist gerade die Zeit der Entwicklung der Thyreoidea, der Genitalorgane, der Knorpel und des peripherischen Nervensystems. Der Drüsenteil der Hypophyse bleibt auch vom Infundibulum unabhängig, das sich vom 8. Bebrütungstage ab ausstülpt und auch später noch von der Hypophysendrüse durch eine Mesenchymschicht getrennt ist. Der Ductus stomodaeo-hypophysarias, jener Ausführgang der Hypophysendrüse, schließt sich in den folgenden Tagen und verschwindet dann, gleichzeitig vascularisiert sich die Drüse, so daß ihr Sekret sich in die Blutgefäße ergießen kann, vielleicht auch in das umgebende Mesenchym. Unwahrscheinlich ist die Annahme, daß es durch dieses Mesenchym hindurch in die Wand des Infundibulum und in das Lumen des letzteren gelangt. Sicheres darüber können nur Untersuchungen späterer embryologischer Stadien bringen. Bis zur Zeit des Verschlusses des pharyngealen Ausfuhrweges ist die Hypophyse ohne jeden Zusammenhang mit dem Infundibulum, also ohne neuralen Anteil — ein Produkt des Stomodaeum, vollkommen unabhängig von den umgebenden Teilen, insbesondere vom Diencephalon, eine einheitlich gebaute offene Drüse. *Wallenberg* (Danzig).

Teruyama, Noboru: Über die eigenartigen Drüsenkörper, welche im Hinterlappen der menschlichen Hypophyse auftreten. Acta scholae med., Kioto Bd. 7, H. 3, S. 433 bis 444. 1925.

Im Hinterlappen der menschlichen Hypophyse konnten in 3,4% der untersuchten Fälle (582) alveoläre zusammengesetzte Drüsenkörper beobachtet werden, die nach der Angabe des Verf. mittels ihrer Ausführungsgänge mit der Hypophysenhöhle oder mit Kolloidfollikeln der Pars intermedia kommunizieren. Die Zellen der Drüsenkörper ähneln morphologisch in mancher Beziehung den serösen Zellen der Ohrspeicheldrüse; Verf. glaubt, daß das Sekret dieser Drüsenkörper dem Hormon des Hinterlappens entspricht. Den Sekretionsweg stellt sich Teruyama in der Weise vor, daß die von den in Rede stehenden Drüsen abgesonderte Substanz durch die Ausführungsgänge zur Hypophysenhöhle und den benachbarten Kolloidcysten geführt wird, wo sie zusammen mit dem Sekret der auskleidenden Wandzellen eine Zeitlang aufgestapelt wird. Sodann gelangt sie in den Recessus infundibularis des 3. Ventrikels. Das Produkt des Vorderlappens wird dagegen direkt und ausschließlich in die Blut- und Lymphgefäße ausgeschieden. T. vermutet, daß der Vorderlappen eine inkretorische, der Hinterlappen dagegen eine exkretorische Aufgabe hat. *B. Romeis* (München).°°

Kraus, Erik Johannes: Zur Entstehung der Nekrose im menschlichen Hirnanhang. (*Pathol. Inst., dtsch. Univ. Prag.*) Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 14, H. 1/2, S. 142—156. 1926.

Nekrosen in der Hypophyse haben sehr verschiedene Entstehungsursachen. Am bekanntesten sind embolische Infarkte, die infolge der selbständigen, wahrscheinlich über bessere Kollateralen verfügenden Gefäßversorgung der Marksubstanz und des Hinterlappens die Seitenteile zu betreffen pflegen. Weit seltener sind thrombotische, durch Sklerose oder Endarteriitis bedingte Infarkte. Weitere Ursachen von Nekrosen sind: Ausbreitung eines Tumors oder eines Granuloms im perihypophysären Gewebe oder Einbruch in den Sinus cavernosus einer- oder beiderseits. Ischämisch bedingt sind wahrscheinlich auch — wenigstens zum Teil — die Nekrosen bei Lues congenita, ferner diejenigen bei Diabetes, bei dem Verf. einmal als Ursache eine zu Obliteration führende Arterienerkrankung nachweisen konnte. Durch Hemmung des venösen Abflusses bedingt sind dagegen bisher kaum erwähnte Nekrosen, die Verf. bei eitriger Entzündung des Hypophysenlagers mit Thrombophlebitis der Hypophysenvenen fand, wofür er 4 Fälle als Beispiel anführt. In 2 weiteren Fällen von Entzündung der Hypophysenkapsel mit kleinen Nekrosen des Vorderlappens muß die Pathogenese offen bleiben (toxisch?). Bemerkenswert ist, daß, im Gegensatz zu dem Verhalten anderer Organe bei verhinderter Blutabfuhr, die Nekrosen in diesen 6 Fällen nie hämorrhagisch waren — es reichte wohl die Blutdrucksteigerung dazu nicht aus —, ferner, daß die Entzündung nie von der Kapsel auf den Vorderlappen selbst übergegriffen hat. Überhaupt ist die Hypophyse zu eitriger Reaktion wenig geneigt. Eitererreger machen fast stets einfache Nekrose (Simmonds). Akute eitrige Hypophysitis wurde bisher erst einmal durch Pneumokokken bedingt gefunden. Verf. fügt einen

Digitized by Google

neuen Fall hinzu, bei dem Kapselbacillen die Erreger waren. Zum Schluß werden noch traumatisch bedingte Nekrosen — wobei wieder Ischämie infolge Gefäßzerreißung wirksam ist — und — wahrscheinlich als toxisch aufzufassende bei Myxödem und Kretinismus erwähnt. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Zalkan, D., und N. Popova: Zur Pathologie des Zwischenhirns und der Hypophyse. Sovremennaja psichonevrologija Jg. 1, Nr. 5, S. 22—27. 1925. (Russisch.)

Krankengeschichte eines 1923 verstorbenen Mannes von 40 Jahren. Seit 1915 fortschreitende Abnahme der Sehkraft, 1 Jahr darauf ist Patient völlig blind. Zu gleicher Zeit entwickelt sich bei ihm Schlafsucht; letztere nahm so zu, daß Patient 1921 seine Beschäftigung aufgeben mußte, da er manchmal mehrere Tage und Nächte der Reihe nach schlief, sogar ohne nach Nahrung zu fragen. Patient hatte weder Kopfschmerzen, noch Übelkeit, noch Erbrechen. Sein letztes Jahr verbrachte Patient in klinischer Beobachtung mit der Diagnose: Tumor der Gegend des 3. Ventrikels. Er schlief nahezu beständig, doch hatte dieser Schlaf den Typus des physiologischen Schlafes; wach geworden war Patient orientiert, hatte keine Bewußtseinstrübung. Aus dem Befunde ist hervorzuheben, daß Patient in mangelhaftem Ernährungszustande war, daß er weder Polyurie, noch Eiweiß, Zucker oder Aceton im Urin hatte. Die Autopsie ergab einen offenbar von der Hypophysis ausgehenden, den Boden des 3. Ventrikels einnehmenden Tumor von der Größe eines Gänseeies. Vom Tuber cinereum war keine Spur zu sehen. Der Tumor erwies sich als Carcinom. Auf Grund des Befundes schließen die Verff., daß als Folge einer vollständigen Zerstörung der Hypophyse weder Diabetes insipidus noch Dystrophia adiposo-genitalis auftritt, wohl aber infolge einer partiellen Schädigung entweder der Hypophyse oder des Tuber cinereum, daß die vollständige Zerstörung der im Tuber cinereum gelegenen, den Wasser- und Fettstoffwechsel regulierenden Apparate diese Syndrome (Diabetes oder Dystrophie) nicht hervorruft; daß tiefergelegene Apparate bei Funktionsausfall der Hypophyse und des Tuber cinereum die Regulierung des Wasser- und Fettstoffwechsels übernehmen; daß in Anfällen auftretende und allmählich in dauernden Schlaf von physiologischem Typ übergehende Somnolenz ein Herdsymptom des Zentralnervensystems ist; daß die den regelmäßigen Wechsel von Schlaf und Wachen regulierenden Apparate im Tuber cinereum gelegen sind; daß die völlige Zerstörung der Hypophyse nicht den Tod zur Folge hat. *Bresowsky* (Dorpat).

Szántó, Josef: Pluriglanduläre Veränderungen bei Hypophysentumoren. (*Charité-Poliklin., Budapest.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 52, Nr. 3, S. 103—105. 1926.

Unter Anführung von 2 Fällen, bei denen ein Hypophysentumor, besonders auch nach dem Röntgenbild, sehr wahrscheinlich war, und bei denen sich außer Störungen der Hypophyse auch noch solche der Keimdrüsen und der Thyreoidea fanden, wird dargetan, daß bei langsam wachsenden Tumoren der Hypophyse degenerative Veränderungen der Blutdrüsen sich entwickeln können. Differentialdiagnostisch kommt dem Späteunuchoidismus gegenüber in Betracht, daß keine die Keimdrüsen schädigenden Momente (Hodenentzündung, Trauma) anamnestisch zu ermitteln sind und daß die Krankheit nicht mit Erscheinungen vonseiten der Keimdrüsen begonnen hat. Die Unterscheidung von der multiplen Blutdrüsensklerose bereitet mehr Schwierigkeiten. Für Tumor der Hypophyse sprechen, außer den allgemeinen Tumorsymptomen, das gleichzeitige primäre Erkranktsein der Blutdrüsen und das Bestehen ziemlich großer Intervalle zwischen den Erscheinungen vonseiten der Hypophyse und denen der anderen Blutdrüsen. In den beiden angeführten, wie auch in den von Herrmann und Hueck beschriebenen Fällen fehlten, trotz Veränderungen der Sella, Augensymptome vollkommen oder so gut wie vollkommen. Dies wird mit dem Sitz und der Wachstumsrichtung der Tumoren (intra- und suprasellarer Sitz, nach vorn sich erstreckendes Wachstum) in Verbindung gebracht. Unter Hinweis hierauf und auf die Tatsache, daß Dystrophia adiposo-genitalis, Diabetes usw. durch Funktionsstörungen der Mittelhirnzentren bedingt sein können, wird zur Vorsicht bei der Diagnose eines Hypophysentumors auch bei positivem Röntgenbefund ermahnt. Kann doch sogar die Deformation der Sella durch einen Hydrocephalus oder einen Tumor des 3. Ventrikels sekundär entstehen. Man muß nach der Ansicht des Verf. in dieser Hinsicht besonders auf „die Ablaufsart der Krankheit, die Erkennung einiger feineren konstitutionellen Störungen (die Unproportionalität einzelner Körperteile, die heterosexuellen bzw. infantilen Geschlechtscharaktere)“ achten. *Stern-Piper* (Solingen).

Digitized by Google

Harms, Helene: Über das Vorkommen der Stauungspapille bei Hypophysentumoren. (*Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.*) Arch. f. Augenheilk. Bd. 97, H. 1, S. 46 bis 67. 1925.

Mitteilung eines klinischen Falles und Berücksichtigung der Gesamtliteratur. Eine kritische Sichtung ergab, daß beim einfachen Hypophysentumor die Stauungspapille etwas außerordentlich Seltenes und vielmehr ein Hinweis dafür ist, daß neben dem einfachen Hypophysentumor Komplikationen vorliegen, z. B. komplizierender, sekundärer Hydrocephalus, oder reiner Hydrocephalus internus, der bekanntlich die Symptome eines Hypophysentumors durch Ausstülpung des III. Ventrikels vortäuschen kann, oder große basale Tumoren mit Hypophysengeschwulst als Teilerscheinung u. a. Das ist praktisch bedeutungsvoll insofern, als die mit Stauungspapille einhergehenden Hypophysentumoren bei der Operation, wie sich zeigte, eben der Komplikationen wegen besonders rasch letal verliefen. Stauungspapille bei Hypophysentumor ist also nach Verf. Hinweis auf eine Fehldiagnose oder Komplikation, so daß sie in der großen Mehrzahl der Fälle als Kontraindikation gegen die Operation gelten muß.

Arthur Stern (Berlin).

Favory, Albert: Importance de l'examen ophtalmologique dans les tumeurs hypophysaires. (Wichtigkeit der Augenprüfung bei den Hypophysengeschwülsten.) Journ. méd. franç. Bd. 15, Nr. 1, S. 24—26. 1926.

Augenstörungen gehen oft den anderen Symptomen der Hypophysiserkrankung voraus. Die Abnahme der Sehschärfe geht gewöhnlich sehr langsam und progressiv vor sich und wird erst spät vom Patienten bemerkt. Es kommt sogar vor, daß das eine Auge schon die Sehkraft verloren hat, wenn die Sehstörung bemerkt wird. Die Sehnervenatrophie tritt erst spät auf und hat nichts Charakteristisches für Chiasmatumoren. Neuritis optica ist weit seltener und verdankt ihre Entstehung wahrscheinlich einer dazukommenden infektiösen oder toxischen Ursache. Stauungspapille ist nicht häufig bei Hypophysistumoren, da der Liquor gewöhnlich nicht unter hohem Druck steht. Die Gesichtsfeldstörungen sind das wichtigste Symptom: Hemianopsia bitemporalis vor allem, doch auch — wenngleich selten — Hemianopsia homonyma oder zentrales Skotom, parazentrale Skotome, Hemiachromatopsie. Der obere temporale Quadrant ist zuerst ergriffen, dann der untere temporale, schließlich der untere nasale. Die hemianopische Pupillenreaktion deutet auf eine Läsion vor dem Reflexzentrum (Corpora quadrigemina, Corpus geniculatum externum). Infolge Kompression der äußeren Wand des Sinus cavernosus kann es zu Lähmungen der Augenmuskeln kommen. Exophthalmus ist ein Zeichen der Ausbreitung des Prozesses nach den Augenhöhlen hin.

Kurt Mendel.

Lupo, M.: Sindrome oculo-ipofisaria da encondroma del seno sfenoidale. (Oculohypophysäres Syndrom bei einem Enchondrom des Sinus sphenoidalis.) (*Istit. di radiol. med., osp. magg., Torino.*) Riv. oto-neuro-oftalmol. Bd. 2, H. 2, S. 152—157. 1925.

25jährige Frau. Plötzliches Zessieren der Menses, 2 Monate später Krampfanfall, Auftreten heftiger Kopfschmerzen, allgemeines Schwächegefühl und unüberwindliche Schlafsucht. Nach einem Jahr rasche Abnahme der Sehschärfe, nach einem weiteren Jahr vollständige Erblindung — Kopfschmerzen und Schlafsucht halten an. Das Röntgenbild zeigt den Sinus sphenoidalis erfüllt von einer wenig dichten tumorösen Masse, die nach oben vordringend die Sella ausfüllt und die Proc. clinoid. ant. und post. ersetzt. Ähnliche Massen durchsetzen in unregelmäßig angeordneten Herden die Metakarpen und Phalangen der Hände und Füße. Es handelt sich um multiple Enchondrome, von denen das im Sphenoid lokalisierte zu dem oben geschilderten, charakteristischen Symptomenkomplex geführt hatte. *Ed. Gamper.*

Korchov, A.: Akromegalie und Akromegaloidismen. Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 22/23, S. 1712—1721. 1925. (Russisch.)

Bericht über 2 Fälle, die der Verf. zu den Akromegalen und Akromegaloiden zählt. Bei dem 1. Patienten ist aber die Röntgenaufnahme mißlungen, und da der Kranke den operativen Eingriff ablehnte, so ist es unaufgeklärt geblieben, ob die Hypophyse überhaupt pathologisch verändert war. Der Ref. erlaubt sich zu bemerken, daß das ganze klinische Bild, das auf Grund der sehr ausführlichen Krankengeschichte leicht zu rekonstruieren ist, mit größerer Wahrscheinlichkeit auf eine pluriglanduläre Erkrankung schließen läßt. Im 2. Falle zeigte

Digitized by Google

das Röntgenbild eine Vergrößerung und Vertiefung der Sella turcica mit Atrophie des Dorsum sellae. Die allgemeinen funktionellen Störungen, wie die Adynamie, Knochenschmerzen, die herabgesetzte Funktion der blutbildenden Organe, Somnolenz, beginnende Kachexie und relative Polyurie berechtigen diesen Fall zur Kategorie der Cachexia hypophyseopriva zuzurechnen. Als ätiologisches Moment kann man nach der Ansicht des Verf. bei diesem Patienten die chronische tuberkulöse Intoxikation vermuten. *Arinstein* (Charlottenburg).

Cestan, R., Marcel Sendrail et H. Lassalle: Contribution à l'étude du métabolisme basal chez les acromégales. (Beitrag zum Studium des Grundumsatzes bei den Akromegalien.) Rev. neurol. Jg. **33**, Bd. **1**, Nr. 1, S. 1—4. 1926.

Der erste Fall, bei dem es sich um eine typische, unkomplizierte Akromegalie handelte, zeigte einen erhöhten Grundumsatz. Der zweite, mit herabgesetztem Grundumsatz, hatte außerdem eine Polyurie, Glykosurie, Genital- und Schlafstörungen. Aus dem Zusammentreffen dieser Symptome schließen die Verff., daß es sich hier um eine infundibulär bedingte Störung handelt. *Erich Guttmann* (München).

Rossiysky, D. M.: Akromegalie, Gigantismus und Hypophysis. (*Poliklin. f. ins. Krankh., I. Univ., Moskau.*) Fortschr. d. Med. Jg. **43**, Nr. 20, S. 307—311. 1925.

Allgemeine Übersicht. Mitteilung eines Falles von Gigantismus: 21jähriger Mann, 202,5 cm lang, geringe Libido, rechter Schilddrüsenlappen vergrößert und knorpelhart; röntgenologisch Vergrößerung und Verdickung der Sella. Nach Behandlung mit Spermin und Thyreoidin Besserung der subjektiven Beschwerden (Kopfschmerz). *Josephy* (Hamburg).

Shapiro, Shepard, and Mark G. Kliatsheo: Hypophysial fat dystrophy with hyperglycemia and glycosuria. Report of a case. (Hypophysäre Fettdystrophie mit Hyperglykämie und Glykosurie.) (*Montefiore hosp., New York.*) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **15**, Nr. 1, S. 85—91. 1926.

Der vorliegende Fall wies folgende Symptome auf: Amenorrhöe, Gewichtszunahme, Kopfschmerzen, Sehstörung, gürtelförmige Fettansammlung, Intelligenzstörung, Gesichtsfeldeinschränkung, einfache Opticusatrophie, im Röntgenbild erweiterte Sella mit Destruktion der Proc. clin. post. und des Sellabodens. Daneben bestand Hyperglykämie und Glykosurie, aber ohne sonstige Symptome eines Pankreasdiabetes. Die Verff. weisen auf die Seltenheit des Befundes von Hyperglykämie und Glykosurie bei Dystrophia adiposogenitalis hin. Daß aber solche Fälle vorkommen, beweist, daß das Fröhlichsche Syndrom nicht auf gesteigerte Toleranz für Kohlenhydrate zurückgeführt werden kann. *Erwin Wexberg* (Wien).

Schereschewsky, N.: Sur la clinique et le traitement de la dystrophie adiposegénitale eunuchoïdique. (Zur Klinik und Behandlung der eunuchoiden Dystrophia adiposogenitalis.) Rev. franç. d'endocrinol. Jg. **3**, Nr. 6, S. 395—407. 1925.

Mitteilung eines Falls: 22jähriger Mann mit femininem Habitus und geringer Libido, Genitale stark atrophisch, Schädelbasis röntgenologisch o. B. Große Füße mit besonders stark vergrößerten Großzehen (partieller Gigantismus). Die Genitalhypoplasie wird als das Primäre aufgefaßt, sekundär sind wahrscheinlich andere endokrine Drüsen in Mitleidenschaft gezogen. Es wurde ein gesunder kryptorcher Hoden transplantiert; ein therapeutischer Effekt wurde dadurch nicht erzielt. *Josephy* (Hamburg).

Hofmann, Ernst: Zur Frage der inneren Sekretion der Zirbeldrüse bei der Ratte. (*Inst. f. allg. u. exp. Pathol., Univ. Graz.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **209**, H. 5/6, S. 685—692. 1925.

Hofmann zerstörte bei jungen Ratten mittels Thermokauter die Zirbeldrüse. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Kolmer und Loewy wurde Körperwachstum und Fettentwicklung durch den Verlust der Zirbel nicht beeinflußt. Anzeichen geschlechtlicher Frühreife oder eine Beeinflussung der Pubertät ließen sich nicht feststellen. Gewicht und histologische Beschaffenheit der Hoden zeigten gegenüber den Kontrolltieren keine Abweichungen. Dies spricht gegen die Annahme eines Zusammenhanges zwischen Zirbel und Keimdrüse. Nur die Samenblasen waren bei 3 totalexstirpierten Böcken größer als bei den Kontrolltieren. Ovarien, Thymus, Schilddrüse, Epithelkörper, Nebennieren boten in ihrer histologischen Struktur keine Veränderungen. Die Wärmeregelung, die durch das Verhalten gegenüber hohen und tiefen Außentemperaturen geprüft wurde, war bei den zirbellosen Tieren nicht gestört. Die von Marburg aufgestellte Hypothese, daß dem Hormon der Zirbel eine wesentliche Bedeutung für die Wärmeregelung zukomme, wird durch diese Ergebnisse wenigstens für die Ratte widerlegt. *B. Romeis* (München).

Arend, Rudolf: Die Rolle der Encephalitis epidemica in der Ätiologie des Diabetes insipidus. Polska gazeta lekarska Jg. **5**, Nr. 2, S. 24—28. 1926. (Polnisch.)

Zu den selteneren Folgen der Encephalitis gehört der Diabetes insipidus, dessen 3 klinisch beobachtete Fälle Verf. anführt, die er unmittelbar nach dem ersten Stadium

Digitized by Google

bei 10-, 15-, 18-jährigen Individuen sich entwickeln sah. Die zur Zeit vorliegenden histologischen Untersuchungen lassen deutlich Veränderungen in den basalen Zwischenhirnkernen, aber keine in der Hypophyse nachweisen.

Im 1. Fall waren neben der Polydipsie, Polyurie und Polyphagie auffallend Harninkontinenz, vasomotorische Alterationen, Lippenverdickung und psychotische Erscheinungen. Das spezifische Gewicht des Harns schwankte bei einer Degenerantin je nach Zufuhr von Wasser zwischen 1001 und 1010, wobei Patientin nicht schlecht die Wassereinschränkung zu vertragen verstand, wogegen bei einem 2. Encephalitiker bei Verminderung des H_2O-Quantums sich psychotische Erscheinungen einstellten, beim 3. sogar Bewußtseinsverlust eintrat, epileptische Krämpfe und eine mehrere Tage anhaltende epileptische Psychose, die erst nach reichlicher Wasserzufuhr allmählich schwand. *Higier* (Warschau).

Veil, W. H.: Weitere Beobachtungen am hypochlorämischen Diabetes insipidus. (*I. med. Klin., Univ. München.*) Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. **149**, H. 3/6, S. 289 bis 316. 1925.

Mitteilung eines Falles von hypochlorämischen Diabetes insipidus, der in derselben Weise wie alle Fälle W. H. Veils genau untersucht worden ist. Dabei stellte sich heraus, daß eine Konzentrationsstörung der Niere nicht bestand. Die Kochsalzpartiarfunktion funktionierte normal. Das ist wichtig, weil Meyer und Meyer-Bisch in ihrem Fall gerade aus der gestörten Kochsalzfunktion auf eine rein renale Störung schließen. Im Falle V.s gelangte Kochsalzzulage nicht zur Ausscheidung. Vielmehr kam es zu einer Retention, so daß der Patient in seinem Aussehen einem Kranken mit adiposogenitaler Dystrophie ähnelte. Für die Diagnose war die ständige Hypochlorämie ausschlaggebend. Der Grundumsatz war bedeutend erhöht, während er in einem 2. Fall von hyperchlorämischen Diabetes insipidus erniedrigt war. *Boenheim* (Berlin).

Heard, James D., F. L. Schumacher and W. B. Gordon: Association of diabetes insipidus with osteitis fibrosa polycystica. (Verbindung von Diabetes insipidus mit Ostitis fibrosa polycystica.) Americ. journ. of the med. sciences Bd. **171**, Nr. 1, S. 38 bis 48. 1926.

Ein 21 Monate altes Kind zeigte einige Wochen nach einem Kopftrauma eine an Kopf, Schultergürtel, Becken sowie langen Arm- und Beinknochen lokalisierte Ostitis fibrosa polycystica. 9 Monate später, als die Knochenerkrankung in voller, progredienter Entwicklung war, machte sich ein Diabetes insipidus bemerkbar. 24stündige Flüssigkeitsaufnahme und -Ausscheidung 8—12 Liter. Subcutane Pituitrinjektionen — 1 ccm jeden 2. Tag — brachten für die ganze Dauer der Behandlung subjektiv und objektiv erhebliche Besserung; der Flüssigkeitsbedarf sank auf 1 Liter pro Tag. — Im Anschluß an diesen Fall wird erörtert, ob es sich nur um ein zufälliges Zusammentreffen der beiden seltenen Erkrankungen handelt, ob beiden Krankheiten dieselbe Ursache zugrunde liegen könne oder ob der Knochenprozeß für die Polyurie indirekt verantwortlich zu machen sei. Ohne über theoretische Erwägungen hinauszukommen, geben die Verff. doch manche Anregung für die weitere Klärung möglicher Zusammenhänge. *Taterka* (Berlin).

Nicolesco, I., et D. Raileanu: Quelques considérations à propos de lésions des centres nerveux dans le diabète sucré. (Einige Betrachtungen bezüglich der Läsion nervöser Zentren beim Diabetes.) (*Laborat. d'histol., III. clin. med., fac. de méd., Bucarest.*) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Bucarest Jg. **7**, Nr. 8, S. 165 bis 167. 1925.

Verff. haben früher durch histopathologische Untersuchungen der Gehirne zweier Diabetiker gezeigt, daß die Veränderungen sich elektiv in den Zentren des extrapyramidalen und des vegetativen Systems finden. Sie nehmen an, daß die infundibulären Zentren eine Rolle im Kohlenhydrat-, Wasser-, Salz- und Eiweißstoffwechsel spielen. Dagegen meinen sie, daß die Veränderungen im Linsenkern von der Autointoxikation abhängen, nicht umgekehrt, da die im Senium und bei der Paralysis agitans gefundenen Veränderungen ohne Diabetes einhergehen. Bezüglich des Zusammenhanges der Hypophysen- und der Tuberfunktion nehmen sie an, daß die nervösen Zentren ihre Funktion normalerweise nur in einem humoralen Milieu ausüben, dessen Zusammensetzung von der Hypophyse garantiert wird. *Erich Guttmann* (München).

Korsakov, N.: Ein Fall von vorzeitiger sexueller Entwicklung eines 6jährigen Knaben. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 693—706. 1925. (Russisch.)

Ein normal geborener Knabe erkrankt mit 6 Monaten an einem Gehirnleiden; 3 Monate

Digitized by Google

später wird Meningitis serosa angenommen; in der Folge entwickelt sich ein beträchtlicher Hydrocephalus. Das Kind lernte mit 4 Jahren einige Worte, war sein Leben lang schwer idiotisch. Mit 3 Jahren zeigten sich Achsel- und Schamhaare, eine Vergrößerung des Penis, Errektionen und Neigung zu Onanie. Eine Untersuchung im 7. Lebensjahre des Patienten ergibt: tiefstehender Idiot, kann weder sitzen noch stehen; kann nicht selbständig essen, ist stets unsauber mit Urin und Kot. Kopfumfang 62 cm, Körperlänge ca. 120 cm, Gewicht 20 Kilo. Beide Beine sind ad maximum gebeugt, spastisch kontrakturiert. Der Penis ist im schlaffen Zustande 8 cm lang; der rechte Testikel hat die Größe eines Taubeneies, der linke ist etwas kleiner. Patient starb, 7 Jahre alt, an Lungentuberkulose. Bei der Autopsie fand sich in den Ventrikeln gegen 1000 ccm Flüssigkeit. Es ergab sich weder bei der makro- noch bei der mikroskopischen Untersuchung irgend etwas, das als Ursache der vorzeitigen sexuellen Entwicklung hätte in Betracht kommen können; insbesondere fand sich keine Veränderung am endokrinen Drüsenapparat. Verf. betrachtet den Hydrocephalus als Ursache: der durch ihn ausgeübte Druck konnte auf die Epiphyse einwirken, ohne sie in anatomisch nachweisbarer Weise zu verändern, und damit den geschilderten Zustand hervorrufen. *Bresowsky.*

Schilddrüse:

Quervain, F. de: Einige Fragen aus der Schilddrüsenphysiologie vom Standpunkte der Schilddrüsenpathologie aus beurteilt. (*Chir. Univ.-Klin., Bern.*) Ergebn. d. Physiol. Bd. **24**, S. 701—717. 1925.

Besprechung finden in erster Linie Untersuchungen der letzen Jahre aus der chirurgischen Universitätsklinik in Bern über die Bedeutung der Schilddrüse für die Entgiftung bzw. Giftbindung, die zu dem Ergebnis führten, daß Kretinen- und Basedowiker-Blut im chemischen Gegensatz zueinander stehen, der auch im vitro eine Neutralisation möglich macht. Auf diese Neutralitätstheorie wurden die verschiedensten Schilddrüsenpräparate geprüft. Bezüglich der Bedeutung des Nervensystems für die Schilddrüsenwirkung vertritt Verf. den Standpunkt, „daß dieses ein Transmissionsapparat zweiter Ordnung ist, der erst auf dem Blutwege in Bewegung gesetzt wird". Eingehend wird der derzeitige Stand des Problems des Jodchemismus der Schilddrüse in ihren Beziehungen zur Frage des Kolloidgehaltes und der Qualität des Kolloids besprochen. Verf. sieht das Kolloid nicht als ein eigentlich aktives Produkt der Schilddrüse an, sondern „die zusammen das Kolloid darstellenden Eiweißkörper sind vielmehr das Excipiens für die aktive Substanz bzw. für die Gesamtheit dieser Substanz". Im Experiment lassen sich sowohl kolloidarme oder gar kolloidfreie Basedowdrüsen als im höchsten Grad aktiv wie auch kolloidreiche Kretinenschilddrüsen als wenig aktiv nachweisen; „das histologische Bild gibt zwar gewisse Andeutungen für die Beurteilung der Wertigkeit des Kolloids, ist aber für sich allein nicht maßgebend". Nach Ansicht des Verf. ist anzunehmen, daß $^3/_4$ der Schilddrüsensubstanz ohne Ausfallerscheinungen geopfert werden kann, solange das übrigbleibende Gewebe normal ist. *M. Meyer* (Köppern i. Taunus).

Niccolini, Pietro-Maria: Sul sinergismo tra farmaci ed ormoni. I. Digitalici e tiroide. (Über Synergismus zwischen Pharmaca und Hormone. I. Digitalispräparate und Thyreoidea.) (*Istit. di farmacol. e tossicol., univ., Firenze.*) Arch. internat. de pharmacodyn. et de thérapie Bd. **31**, H. 1/2, S. 71—89. 1925.

Die erste Versuchsreihe bezieht sich auf Tiere (Ratten, Meerschweinchen und Hunde), die durch einen Monat verschiedene Dosen von Endotirin subcutan erhalten hatten. Dann wurden die Tiere rasch getötet, am isolierten Herzen mit Ringer-Locke die Zirkulation hergestellt und das Digitalispräparat hinzugefügt. In einer zweiten Versuchsreihe wurde bei Meerschweinchen, denen vor verschieden langer Zeit die Thyreoidea exstirpiert worden war, das isolierte Herz auf seine Empfindlichkeit gegen Digitalis geprüft. In einer dritten Reihe erhielten isolierte Rattenherzen und dann auch ein normaler Hund Gemenge von Jodotirin und Digifolin. Es ergab sich, daß starke Hyperthyreosierung das Herz für Digitalis unempfindlich macht, mäßige Hyperthyreosierung die Empfindlichkeit etwas herabsetzt, während bei geringer Hyperthyreosierung die Empfindlichkeit vorübergehend gesteigert sein kann. Exstirpation der Thyreoidea beim Meerschweinchen führt zu einer vorübergehenden Überempfindlichkeit des Her-

Digitized by Google

zens für Digitalis. Jodotirin und Digifolin, zusammen gegeben, können Synergismus zeigen, der beim normalen Tier besonders in der Höhe der Herzpulse deutlich wird. Dem Neurologen liegen diese Dinge zunächst ferner, doch kann die Frage nach pharmakologisch-hormonalen Beziehungen bedeutungsvoll werden. *Karplus* (Wien).

Ferrero, V., e G. Sacerdote: Tumori tireoidei e paratireoidei nelle ossa. (Tumoren, der Thyreoidea und Parathyreoidea mit Knochenmetastasen.) (*Istit. di patol. gen., univ., Torino.*) Arch. ital. di chir. Bd. **14**, H. 3, S. 274—288. 1925.

1. Fall: Metastase eines ganz kleinen Adenocarcinoms der Schilddrüse im Schulterblatt (65jährige Frau). 2. Fall: Spontanfraktur des Femur sowie Metastase im rechten Schläfenbein eines Tumors vom histologischen Bau der Parathyreoidea mit atypischen Wucherungen (65jährige Frau). Die Fraktur des Femur war in normaler Zeit wieder geheilt. Nußgroßer Primärtumor in der Schilddrüse. *Zieglwallner* (München).°°

Bartlett, Willard: Six patients in whom a thyroidectomy and a second major operation are indicated. (6 Kranke, bei denen neben der Thyreoidektomie noch eine zweite größere Operation indiziert war.) (*Missouri Baptist sanit., St. Louis.*) Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 5, S. 1143—1158. 1925.

An Hand von 6 Fällen wird die Frage erörtert, welche Operation zuerst vorgenommen werden soll, wenn außer der Thyreoidektomie noch die chirurgische Behandlung eines zweiten Leidens angezeigt ist. Die Frage ist individuell zu lösen. Allgemein kann gesagt werden, daß die beiden Eingriffe nie in einer Sitzung auf einmal vorgenommen werden sollen. Das Leiden, das die schwereren Symptome macht, soll zuerst angegangen werden. Wenn das Vorhandensein der Struma für die Narkose bei der anderen Operation hinderlich ist, dann soll die Thyreoidektomie zuerst vorgenommen werden, ebenso wenn die toxischen Erscheinungen von seiten der Schilddrüse sehr hochgradig sind. Dagegen muß die Thyreoidektomie aufgeschoben werden, wenn das andere Leiden bösartiger oder lebensbedrohender Natur ist, wenn durch seine Beseitigung ein Infektionsherd behoben wird oder wenn seine Nachbehandlung längere Bettruhe erfordert (in letzterem Fall aus ökonomischen Gründen). Das Intervall zwischen den beiden Operationen ist ganz individuell zu bemessen. In den vorliegenden 6 Fällen schwankt es zwischen einer Woche und 4 Monaten. *Erwin Wexberg* (Wien).

Breitner, B.: Kropfprophylaxe durch Vollsalz. (*I. chir. Univ.-Klin., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 2, S. 42—47. 1926.

Ausführungen über die Ätiologie des endemischen Kropfes mit Berücksichtigung der früheren Anschauungen (Wasser-, Kontakttheorie) sowie der Befunde und therapeutischen Ergebnisse der letzten Jahre, die dafür sprechen, daß im Jodmangel in der Luft, im Wasser und in den Nahrungsmitteln die Ursache des endemischen Kropfes zu suchen ist; wenn auch über die Zusammenhänge zwischen Kropf und Jodmangel noch recht widersprechende Befunde vorliegen, so spricht anderseits für denselben doch der zweifellose Erfolg der Jodprophylaxe. Verf. macht aufmerksam, daß zwischen den örtlichen und zeitlichen oft sehr starken Schwankungen des Jodgehaltes, wie sie durch die Untersuchungen Fellenbergs für verschiedene Gegenden der Schweiz erwiesen sind und dem Wechsel der Endemien eine Beziehung gesucht werden könne; besteht sie wirklich, dann erscheint von allen Annahmen die des Jodmangels am verständlichsten. Wir werden auch die hydrotellurische Theorie des endemischen Kropfes als eine Jodmangeltheorie unter besonderer Berücksichtigung des Wassers auffassen können (Breitner). Hinsichtlich der Frage über die Art der Sekretionsbeeinflussung der Schilddrüse durch das Jod kommt nach Verf. die Annahme des Jod als Katalysator in der Schilddrüse nicht in Betracht, sondern nur seine hormonale Bedeutung; spricht man in diesem Sinne Jod als eine der nachweisbaren wirksamen Konstituenten des Schilddrüsenhormons an, so wird das als Vorratsprodukt angelegte Kolloid aktiviert (Breitner). Verf. hebt auch hervor, daß der von Oswald festgestellte Parallelismus von Jodgehalt und Kolloidgehalt die Rolle des Jod als Aktivator nur bekräftigt. Die Zunahme der Jodausscheidung, die Abnahme der Schilddrüsenschwellung und der Jodgehalt der Drüse stehen in engster Beziehung zueinander. Hinsichtlich des Ausdruckes der geänderten Funktion im histologischen Bilde betont B., daß eine Übereinstimmung von Schilddrüsenbild und klinischem Ausdruck in den Grenzfällen einwandfrei gegeben ist. Zum Schlusse wird die Frage der Dosierung der Jodpräparate sowie auch

Digitized by Google

die der Jodschäden des näheren erörtert, insbesonders auch die bisher noch wenig besprochene Frage, bei welchen Kröpfen eine Schädigung durch Jodzufuhr zu erwarten ist. B. hebt hervor, daß nicht nur durch die „wilde Jodbehandlung", sondern auch durch die Mikrodosen Gesundheitsstörungen beobachtet werden, die man nach Quervain als das „Lösegeld für ein besseres, kropffreies Zeitalter" hinnehmen müsse. — Ref. weiß auf Grund eigenster Erfahrung, daß das jodierte Salz (Vollsalz) zu schweren, hartnäckigen Erscheinungen von Hyperthyreoidismus und Jodismus (Jodacne) führen kann. *G. Stiefler* (Linz).

Borak, J.: Die Röntgentherapie und die Organotherapie bei innersekretorischen Erkrankungen. I. Tl. Die Schilddrüse. (*Allg. Krankenh., Wien.*) Strahlentherapie Bd. **20**, H. 2, S. 232—267. 1925.

Es wird ein Vergleich gezogen zwischen der Organotherapie und der Röntgentherapie, vorerst einmal bei Schilddrüsen. Diesen beiden therapeutischen Verfahren wird vergleichsweise die chirurgische Therapie gegenübergestellt. Die Organotherapie wird grundsätzlich in der entgegengesetzten Richtung wie die Röntgentherapie und die chirurgische Therapie. Die Organotherapie kompensiert gewissermaßen den Funktionsausfall einer erkrankten Drüse und kann bei normaler Drüse zu einer Steigerung der Funktion derselben führen. Die Röntgentherapie und die Chirurgie dagegen reduzieren die Funktion der Drüse, die Chirurgie reduziert die Substanz für solche, während die Röntgentherapie mehr die funktionierenden Zellen reduziert, ohne daß die Drüse an Größe wesentlich abzunehmen braucht. Die Röntgentherapie wirkt intermittierend, die Organotherapie muß dauernd wirken. Die Röntgentherapie hat vor der Chirurgie den Vorzug, daß sie gewissermaßen selektiv nur die überfunktionierenden Drüsen beeinflußt. Es ist leichter, mit den Röntgenstrahlen einen Basedow zur Rückbildung zu bringen, als durch die Bestrahlung einer normalen Schilddrüse ein Myxödem zu erzeugen. Das Myxödem läßt sich chirurgisch beim Basedow wie bei der normalen Schilddrüse, dagegen mit dem gleichen Eingriff erzeugen. Es kann erfolgreich bekämpft werden durch die Organtherapie. Für die Dosierung der Röntgentherapie gilt ein Satz: je gesteigerter der Funktionszustand, um so kleinere Dosen sind wirksam. Die Wirkung tritt früher auf den funktionierenden Zellanteil als auf den generativen Kern ein. Eine stimulierende Wirkung ist nicht erwiesen, dagegen kann der Einschränkung der Inkretbildung ein Inkretstoß vorausgehen. Nebenschädigungen der Röntgentherapie lassen sich bei geeigneter Technik vermeiden. Der Mitbestrahlung der Thymus wird wenig Wert beigemessen. Die Indikation zur Therapie des Basedow kann nach dem heutigen Standpunkt so gestellt werden, daß vor jedem operativen Versuch zunächst einmal ein Bestrahlungsversuch gemacht werden sollte, und daß besonders bei erhöhtem Grundumsatz die Bestrahlung allein in der Lage sei, die Gefahren des operativen Eingriffs herabzumildern. Erst wenn die Bestrahlung versagte, kam die Operation noch immer rechtzeitig.

Holfelder (Frankfurt a. M.).°°

Krause, Alexandre: Contribution à l'étude du tonus du système nerveux végétatif au cours de l'hyperthyréose. (Beitrag zum Studium des Tonus des vegetativen Nervensystems im Verlauf der Hyperthyreose.) (*Hôp. Enfant-Jésus, Varsovie.*) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **42**, Nr. 3, S. 98—102. 1926.

Versuche an 2 Fällen von Basedow, 2 von deutlicher Hyperthyreose und 5 von „Thyreotuberkulose" (pseudothyreoide Form der Lungentuberkulose). Nur in einem dieser Fälle wahre Amphotonie, in den 8 übrigen Fällen überwog der Sympathicustonus (in 5 Fällen reine Sympathicotonie mit normalem Vagustonus, in 1 Falle Symphicotonie mit Amphotonie und in 2 Fällen relative, durch Hypovagotonie verurschte Sympathicotonie). Die Versuche zeigten, daß bei den meisten Kranken die Sympathicotonie der Ausdruck eines Reizzustandes der Schilddrüse war. *Kurt Mendel.*

Marcovich, P.: Stati tireotossici e stati neurastenici affini. Saggio di diagnosi differenziale. (Thyreotoxische und verwandte neurasthenische Zustände. Versuch einer Diffe-

Digitized by Google

rentialdiagnose.) (*I. div. med., osp. Regina Elena, Trieste.*) Rif. med. Jg. 42, Nr. 4, S. 81 bis 83. 1926.

Überblick über die bekannten differentialdiagnostischen Momente, die für die Unterscheidung der im Titel genannten Zustände in Betracht kommen, ohne neue Kriterien.

Ed. Gamper (Innsbruck).

Allison, Robert G.: X-ray treatment of thyrotoxicosis. (Röntgenbehandlung der Thyreotoxikose.) Radiology Bd. 4, Nr. 6, S. 470—472. 1925.

Auseinandersetzung mit den Einwänden der Chirurgen gegen die Röntgentherapie der Thyreotoxikosen. Unter 27 innerhalb eines Jahres mit Röntgenstrahlen behandelten Fällen sind 21 geheilt, 3 gebessert. Die restlichen 3 blieben ungeheilt und wurden sodann mit Erfolg operiert.

Erwin Wexberg (Wien).

Khoór, Ödön: Fall von Hyperthyreoidismus durch operative Kastration geheilt. Orvosi Hetilap Jg. **69**, H. 38, S. 907—909. 1925. (Ungarisch.)

Bei einer 30jährigen Virgo entwickelten sich in den letzten $1^1/_2$ Jahren Basedowsymptome: Struma, Exophthalmus, Tachykardie, Gewichtsabnahme, Haarausfall, Zittern, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen. Seit ungefähr dieser Zeit Kreuzschmerzen mit immer zunehmenden Harnbeschwerden. Menses seit dem 15. Lebensjahr, 3—4 wöchentlich, dauern 4—8 Tage an. Die Untersuchung ergab einen kindskopfgroßen, im Douglas incarcerierten Uterus mit multiplen Fibromen (auch im Cervix). Totalexstirpation per Laparotomie. Die herausgenommenen Eierstöcke waren etwas größer als normal und zeigten auf der Schnittfläche das typische Bild der kleincystischen Degeneration. Seither allmähliche Besserung der Basedowsymptome, 8 Monate nach der Operation kaum auffallende Struma, kein Exophthalmus, keine Tachykardie, beträchtliche Gewichtszunahme, auch die übrigen nervösen Erscheinungen sind ausgeblieben.

In der epikritischen Bewertung des Falles hegt Verf. die Ansicht, daß die kleincystisch degenerierten Ovarien eine erhöhte inkretorische Funktion ausübten und die Beseitigung derselben durch die Operation das Schwinden der hyperthyreotischen Symptome bewirkte; es bestehe also hier kein Antagonismus, sondern ein Parallelismus zwischen Thyreoiden und Ovarium. Er stützt sich dabei auf die Erfahrungen von Mannaberg, der in 10 Basedowfällen durch Röntgenkastration wesentliche Besserungen erzielte, und nimmt mit Groedel an, daß die erhöhte Funktion der Schilddrüse in manchen Fällen durch Kastration auf den normalen Stand gebracht werden kann.

Richter (Budapest).

Lieck, E.: Zur Basedowfrage. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **193**, H. 3/6, S. 246 bis 275. 1925.

In einer früheren Arbeit hatte Lieck die Anschauung entwickelt, daß beim Morbus Basedow die primäre Erkrankung im Zentralnervensystem zu suchen sei. Das Zentralorgan ist nach dem Autor als ein Organ mit innerer Sekretion anzusprechen, das, in den endokrinen Ring eingeschaltet, unter bestimmten pathologischen Bedingungen zum Auftreten des Basedow führt. Ob dieser Auffassung wurde L. von einem Schüler Haberers heftig angegriffen, und die vorliegende Arbeit bringt nun die Replik L.s. Der Autor hält an seiner Meinung fest und führt eine Reihe von Momenten an, die die Bedeutung des Zustandes des Nervensystems für die Genese des Basedow dartun. Therapeutisch ist vorläufig auch für Lieck die Operation das aussichtsreichste Verfahren, dabei ist es für die Prognose aber ganz wesentlich, daß alle Maßnahmen so getroffen werden, daß die seelische Erregung des Kranken eine möglichst geringe ist: nicht kombiniert, sondern einfach und ausgiebig in Äthernarkose operieren.

Ed. Gamper (Innsbruck).

Castellino, P.: La sindrome Flajani-Basedow al congresso medico-chirurgico di Roma. (Etiopatogenesi. Forme cliniche. Terapia.) (Das Flajani-Basedowsche Syndrom auf dem medizinisch-chirurgischen Kongresse zu Rom. [Pathogenese. Klinische Formen. Therapie.]) Rif. med. Jg. **41**, Nr. 51, S. 1214—1219. 1925.

Eingehende Besprechung der Pathogenese des Basedow, seines Zusammenhangs mit dem endokrino-sympathischen System. Die beiden Komponenten dieses Systems haben bei aller engen Verbundenheit doch ihre Selbständigkeit, die sich im Bestehen einer glandulären und einer nervösen Diathese ausspricht. Das Vorherrschen der einen oder der anderen bedingt die Symptomatologie der Erkrankungen dieses Gebietes.

Digitized by Google

Das Auftreten der Krankheit in der Zeit der Geschlechtsreife und ihr Zusammenhang mit Störungen der Sexualsphäre wird auf die Rolle zurückgeführt, die die Schilddrüse, die Hypophyse und die Geschlechtsdrüsen in dieser Epoche zu spielen beginnen, während die Kindheit unter der Herrschaft des thymo-lymphatischen Systems steht. Die Anschauung von der Bedeutung der Thymus für die Basedowgenese kann Verf. nach seinen Erfahrungen nicht bestätigen. Die Jodtherapie wird abgelehnt. *Reich* (Breslau).

Hepner, Josef, und F. Nikišin: Stoffwechsel, Sympathicus und Parasympathicus bei Morbus Basedowi. Biol. listy Jg. 11, Nr. 5, S. 333—339. 1925. (Tschechisch.)

Die Verff. haben in ihren Versuchen über den Zusammenhang der Intensität des Stoffwechsels und den Zustand des vegetativen Nervensystems einen direkten Zusammenhang nicht nachgewiesen. Aus den Untersuchungen über den Zustand des vegetativen Systems bei Morbus Basedowi geht hervor, daß in keinem einzigen Falle ein normaler Zustand beider Komponenten des vegetativen Systems erwiesen werden konnte. Die Veränderungen dieses Systems sind zwar individuell verschieden, aber die sympathische Komponente erscheint selbstständiger infolge Schwächung der hemmenden Kraft des Vagus. *O. Wiener* (Prag).

Meyer, Hans: Über Insulinwirkung auf den respiratorischen Gaswechsel des Basedowikers. (*I. med. Univ.-Klin., Charité, Berlin.*) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 102, H. 2/3, S. 250—257. 1925.

Von 4 weiblichen Basedowkranken zeigten 3 nach intramuskulärer Einspritzung von 5 Insulineinheiten eine innerhalb 2—3 Stunden eintretende Senkung des Gasumsatzes (Zuntz-Geppert), sie erreichte in einem Fall 10—12%, in den anderen war sie geringer. Nach intravenöser Zufuhr trat die Senkung schon nach 60 Min. ein. *Magnus-Levy* (Berlin).°°

Odelberg, Axel: Jodbehandlung bei Basedowscher Krankheit. Svenska Läkartidningen Jg. 23, Nr. 3, S. 79—85. 1926. (Schwedisch.)

An der Hand von den Krankengeschichten von 11 Basedowfällen, wo nach Jodbehandlung (5 proz. Lugollösung, 15 Tropfen pro die als Normaldosis) als Vorbereitung vor der Operation eine Besserung in sämtlichen Fällen eintrat und der postoperative Verlauf sehr günstig war, kommt der Verf. zu folgenden Schlüssen, die mit schon gut bekannten Erfahrungen übereinstimmen. Ein Beweis, daß die Jodtherapie die Basedowkrankheit heilen kann, existiert nicht. In der Mehrzahl der Fälle wird die Krankheit von dieser Therapie günstig beeinflußt. Sie wird deshalb als eine sichere Vorbehandlung vor der Operation empfohlen. Bei thyreotoxischer adenomatöser Struma darf sie nicht verwendet werden. *Ingvar* (Lund).

Zetterqvist, Anders, und Einar Perman: Über einige mit Jod behandelte Fälle von Basedowscher Krankheit. Svenska Läkartidningen Jg. 23, Nr. 3, S. 85—88. 1926. (Schwedisch.)

4 Basedowfälle, die für den Wert der präoperativen Jodtherapie sprechen. In dem einen konnte eine $2^1/_2$ Monate lang durchgeführte interne Behandlung die Verschlechterung des Kranken nicht hindern, und er wurde deshalb als für eine Operation zu schwach betrachtet, bis er nach Jodbehandlung ohne postoperative Intoxikationssymptome erfolgreich operiert werden konnte. *Ingvar* (Lund).

Milani, E.: La radioterapia del morbo di Basedow. (Strahlentherapie der Basedowschen Krankheit.) (*21. congr. d. soc. di med. interna, Roma, 26.—29. X. 1925.*) Arch. di radiol. Bd. 1, H. 5, S. 775—786. 1925.

Verf. hebt hervor, daß es nicht mehr erlaubt ist, die Resultate der Strahlentherapie auf eine psychotherapeutische Wirkung zurückzuführen oder zu behaupten, daß die Strahlen Verwachsungen der Struma zeitigen. Die neueren Statistiken ergeben einen Heilungsprozentsatz von ca. 30% und einen etwa gleichen der Besserungen. Die Besserung beginnt gewöhnlich bei den nervösen Symptomen (Unruhe, Schlaflosigkeit) und mit einer Rückkehr der Blutformel zur Normalität. Von den Symptomen der klassischen Basedow-Trias bessert sich zuerst das Zittern, später die Tachykardie, während Struma und Exophthalmus im allgemeinen hartnäckig sind. Im allgemeinen werden

Digitized by Google

3—4 Felder in 3—4 Tagen gegeben oder in Zwischenräumen von 20 Tagen, so daß eine Kur ca. 2—10 Monate dauert. Der Verf. vertritt auch die gleichzeitige Eierstock- und Pankreasbestrahlung mit reizenden Dosen nach Nemenov. Nach seiner Erfahrung sind hingegen die Bestrahlungstechniken nach Seitz und Wintz (50% HED) und die Volldosen zu vermeiden, da die rasche Zerstörung großer Strumateile schwere Symptome hervorbringen kann. Ein gutes Kriterium der Kurkontrolle erwächst aus der Beobachtung des Basalmetabolismus. *Enderle* (Rom).

Lévai, Mihály: Merkwürdiger Fall von Röntgenintoxikation bei einer Basedowkranken im Klimakterium. Gyógyászat Jg. **65**, Nr. 18, S. 419—420. 1925. (Ungarisch.)

47jährige Musiklehrerin klagt seit 2 Jahren über nächtliche Palpitationen. Menses bis zuletzt regelmäßig. Ein Kind, 1 Abortus. Seit dem 30. Lebensjahr zunehmende Schwerhörigkeit (auf hereditärer Grundlage). Wegen ihrer Herzbeschwerden nahm sie Thyreoidin und Jod. Plötzlich treten sehr deutliche Basedowsymptome auf: Starke Abmagerung, Struma, Tachykardie, lebhafter Tremor, Stellwag. Die in Vorschlag gebrachte Röntgenbestrahlung wurde anfangs zurückgewiesen, es wurden Ovariumtabletten und Hypophysenextrakt verabreicht (wegen menstrueller Unregelmäßigkeiten), nachdem sich aber der Zustand weiter verschlimmerte, die Einstrahlung in der üblichen Dosis durchgeführt. Gleich nach der Einstrahlung befiel die Kranke ein heftiges Unwohlsein: unstillbares Erbrechen, überaus heftige Herzpalpitation, allgemeines Zittern, Atembeschwerden. Der Zustand besserte sich allmählich, 2 Tage nach der Einstrahlung leichtes Hauterythem, nach 3 Wochen war eine Pigmentation nicht mehr zu sehen. Die Kranke verbrachte dann einige Wochen auf einem Höhenluftkurort und zeigte nach 3 Monaten nebst einer wesentlichen Verkleinerung der Schilddrüse bedeutende Besserung der Basedowsymptome. In der Deutung des Falles bemerkt V., daß der schon vorher bestandene Basedow fruste (nächtliche Palpitationen) durch das Eintreten der klimakterischen Veränderungen quasi sensibilisiert wurde. *Richter* (Budapest).

Thacher, Catharine, and Paul D. White: The electrocardiogram in myxedema. (Das Elektrokardiogramm bei Myxödem.) (*Massachusetts gen. hosp., Boston.*) Americ. journ. of the med. sciences Bd. **171**, Nr. 1, S. 61—66. 1926.

In 14 Fällen von Myxödem ließ sich konstant eine niedere T-Zacke in der 2. Ableitung feststellen, nach der Behandlung nahm die Amplitude zu. Es besteht ein klarer Parallelismus zwischen der Höhe der T-Zacke und der Höhe des Grundumsatzes bei Hypothyreoidie.
Ed. Gamper (Innsbruck).

Sturgis, Cyrus C., and Walter B. Whiting: The treatment and prognosis in myxedema. (Behandlung und Prognose des Myxödems.) (*Peter Bent Brigham hosp., Boston.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 26, S. 2013—2017. 1925.

Auf Grund ihrer an 26 Kranken gemachten Erfahrungen teilen die Autoren in der vorliegenden Arbeit die Grundsätze mit, nach denen sie bei der Behandlung des Myxödems vorgehen. Sie teilen die Therapie in zwei Phasen. In der ersten Phase bekommt der Kranke jene Dosen von getrockneter Schilddrüse, die notwendig sind, um den Grundumsatz auf die normale Höhe zu bringen. Der Kranke soll womöglich in das Krankenhaus aufgenommen werden und hat wenigstens die erste Woche volle Bettruhe innezuhalten. Nach Durchführung der notwendigen Voruntersuchungen erhalten erwachsene Kranke 3 mal täglich 0,13 mg des Präparates (die Autoren verwenden Armours Präparat), bis Grundumsatz und Ruhepuls Normalwerte erreichen und klinisch eine offensichtliche Besserung eintritt. Grundumsatz, Puls und Körpergewicht werden wenigstens jeden 2. Tag kontrolliert. Nach 4—5 Tagen merkt der Kranke ein zunehmendes Wärmegefühl, schwitzt mäßig und zeigt eine Beschleunigung der geistigen Reaktionen. Die Temperatur steigt während einiger Tage etwas an, manchmal klagen die Kranken über Unbehagen, leichte allgemeine Schmerzen und Appetitmangel. Das Präparat wird weiter verabfolgt, bis der Grundumsatz zwischen — 10 und — 5 der Standards von du Bois liegt. Bleibt der Grundumsatz 5—6 Wochen auf dieser Höhe, so tritt ein Gewichtsverlust ein, der zwischen 4,5 und 6,8 kg schwankt. Dieser Gewichtssturz ist auf das Schwinden des subcutanen Ödems zurückzuführen. — Hat der Grundumsatz und die Pulszahl die normale Höhe erreicht, so beginnt die zweite Phase der Behandlung, in der der Kranke die sog. Erhaltungsdosis bekommt, die er fortan täglich, meist während des ganzen Lebens zu nehmen hat. Diese Dose liegt meist ungefähr

Digitized by Google

bei 0,13 mg, manchmal etwas niederer oder höher. — Die Behandlung kann auch im Hause des Kranken selbst durchgeführt werden, wenn auch die Resultate infolge der weniger exakten Regulierung weniger gute sind. Unbedingt notwendig dabei ist eine genaue Kontrolle des Ruhepulses, die die Bestimmung des Grundumsatzes ersetzen muß. Solange die Pulszahl 80 nicht übersteigt und das Körpergewicht nicht mehr als 1 kg sinkt und der Kranke nicht über Herzklopfen, starkes Hitzegefühl, Schwindel und Übelkeiten klagt, braucht man eine Überdosierung nicht zu fürchten. Der Kranke bekommt 1—5 Tage 3 mal täglich 0,13 mg, dann nur mehr 2 mal täglich, bis der Puls auf 75 Minutenschläge gestiegen ist. In der Folge die Erhaltungsdosis von 0,13 täglich. Zu beachten ist, daß gelegentlich die Herzschädigung eine so schwere ist, daß der Puls trotz der Hebung des Grundumsatzes nicht ansteigt. — Die Hauptschwierigkeit der ambulatorischen Behandlung liegt darin, daß die Kranken die Vorschriften nur mangelhaft befolgen und nicht selten die Einnahme des Präparates durch kürzere oder längere Zeit unterbrechen. Man solle sie daher verhalten, täglich den Ruhepuls und das Körpergewicht festzustellen und in regelmäßigen Intervallen sich zur Untersuchung einzufinden. Komplikationen während einer Thyreoidinbehandlung können vom Herzen, dem Blute, den Nieren herstammen. Kranke mit geschädigtem Herzen sollen vorerst mit Digitalis unter völliger Ruhestellung behandelt werden. Bei schwerer Anämie ist allenfalls eine Transfusion vorzunehmen, bei chronischer Nephritis muß die Thyreoidindosis klein bemessen werden. — Die Prognose ist bei sorgfältig durchgeführter Behandlung sehr günstig. Doch darf nicht übersehen werden, daß die Behandlung in Fällen mit vorgeschrittenen Schädigungen des Herzens, der Nieren oder des Zentralnervensystems versagen kann; solche Fälle sind von vornherein prognostisch ungünstiger zu beurteilen. *Ed. Gamper* (Innsbruck).

Genitalorgane:

Lipschütz, Alexander, und H. E. V. Voss: Experimenteller Hermaphroditismus und der Antagonismus der Geschlechtsdrüsen. VI. Mitt. Über die Bedeutung des operativen Eingriffs am Testikel für das Zustandekommen des weiblichen hormonalen Effekts. (*Physiol. Inst., Univ. Dorpat.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **211**, H. 1/2, S. 266 bis 278. 1926.

Ein operativer Eingriff am Hoden des Meerschweinchens (Abtrennung und Resektion des Nebenhodens) kann auch dann zu einem weiblichen hormonalen Effekt führen, wenn keine nennenswerte Menge des Testikels entfernt ist. Es genügt aber nicht jede Verletzung des Hodens, um seine hemmende Wirkung aufzuheben. Wahrscheinlich spielt bei den positiven Versuchen eine unbeabsichtigte Verlagerung des Hodens in die Bauchhöhle und eine damit in Verbindung stehende Störung der Spermatogenese eine Rolle. Nach einseitiger Kastration bleibt die hemmende Wirkung auf den weiblichen hormonalen Effekt nach Ovarialtransplantation erhalten. Sie äußert sich vor allem in einer erheblichen Verlängerung der Latenzzeit. (V. vgl. dies. Zentrlbl. **42**, 89.)
Josephy (Hamburg).

Lipschütz, A., M. Tiitso, D. Švikul und S. Vešnjakov: Experimenteller Hermaphroditismus und der Antagonismus der Geschlechtsdrüsen. VII. Mitt. Störung der Spermatogenese und weiblicher hormonaler Effekt. (*Physiol. Inst., Univ. Dorpat.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **211**, H. 1/2, S. 279—304. 1926.

Verlagert man beim Meerschweinchen die Hoden experimentell in die Bauchhöhle, so kann man nach intrarenaler Ovarialtransplantation einen weiblichen hormonalen Effekt erzielen. Das Wesentliche dabei ist die durch Eingriff bedingte partielle Störung der Spermatogenese. Es können aber auch stark atrophierte Hoden noch hemmend auf den Eintritt des weiblichen hormonalen Effekts wirken. *Josephy* (Hamburg).

Lipschütz, Alexander: Experimenteller Hermaphroditismus und der Antagonismus der Geschlechtsdrüsen. VIII. Mitt. Über die Bedeutung spermatogener Substanzen für das Zustandekommen des weiblichen hormonalen Effekts. — Hormon und Substrat.

Digitized by Google

(*Physiol. Inst., Univ. Dorpat.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **211**, H. 1/2, S. 305—323. 1926.

Die Tatsache, daß der weibliche hormonale Effekt beim Meerschweinchen mit ovariellem Transplantat gehemmt werden kann durch völlig atrophierte Hoden und andrerseits bei nur partiell gestörter Spermatogenese eintreten kann, wirft ganz neue Fragestellungen auf. Es läßt sich zeigen, daß die Latenz des Effekts, die nach einseitiger Kastration sehr lang ist, erheblich abgekürzt wird, wenn neben dem intakten Hoden noch ein kryptorcher mit gestörter Spermiogenese vorhanden ist. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß von diesem autolytisch entstandene, nicht hormonale sensibilisierende Stoffe geliefert werden, die das Zustandekommen des weiblichen hormonalen Effekts begünstigen. Möglicherweise handelt es sich hier um eine unspezifische Proteinwirkung. Jedenfalls sind diese Versuche und die daraus gezogenen Schlüsse nicht nur von Bedeutung für die Erklärung der „Verjüngung" nach Unterbindung des Samenstrangs, sondern auch für die allgemeine Auffassung endokriner Vorgänge.

Josephy (Hamburg).

Snoo, K. de: Pseudohermaphroditismus masculinus. (*Rijkskweekschool v. vroedvrouwen, Rotterdam.*) Nederlandsch tijdschr. v. verlosken gynaecol. Jg. **30**, H. 4, S. 233 bis 245. 1925. (Holländisch.)

Interessante kasuistische Mitteilung mit instruktiven Abbildungen. *König* (Bonn).

Loewenstein: Kann ein weiblicher Zwitter ohne weiteres in eine Mädchenschule eingereiht werden? Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. u. soz. Hyg. Jg. **38**, Nr. 11, S. 517 bis 518. 1925.

Die Überschrift erscheint nicht ganz richtig, weil nicht festgestellt werden konnte, ob Ovarien oder Hoden vorhanden sind. Äußerlich finden sich großer Penis und kleine Vagina. Verf. vermutet wegen der Pubertas praecox einen Epiphysentumor. Die Eltern wünschen Aufnahme in die Mädchenschule, doch wird wegen möglicher sexueller Triebrichtungen Gefährdung der Mitschülerinnen befürchtet. Andererseits würden in einer Knabenschule die weiblichen Geschlechtsgrundlagen kaum vor den Augen der übrigen Knaben verborgen bleiben. Bei der Armut der Eltern schlägt Verf. Privatunterricht auf öffentliche Kosten vor. Bisher fehlen für derartige Fälle eindeutige und klare Bestimmungen der Schulbehörden.

Raecke (Frankfurt a. M.).

Altmann, Vladimir: Die Behandlung des Klimakteriums und anderer Dysfunktionen der inneren Ovarialsekretion mit Röntgenbestrahlung der Hypophyse. Liječnički vjesnik Jg. **47**, Nr. 10, S. 641—646. 1925. (Kroatisch.)

Bei klimakterischen Beschwerden gibt eine vorsichtige, nicht zu hoch dosierte Hypophysenbestrahlung oft ausgezeichnete Resultate. In einer Minderzahl der Fälle, meist bei Abmagernden, weichen die Beschwerden erst auf Schilddrüsenbestrahlung. Fälle von frischer, jedenfalls nicht über 2—3 Jahre dauernder, auf Genitalhypoplasie fußender Amenorrhöe und Sterilität, ebenso Dysmenorrhöen bessern sich auf Hypophysenbestrahlung. Schließlich wirkt letztere auch bei gewissen Fällen männlicher Impotenz. *Rosner* (Zagreb).

Infantilismus, Nebennieren und Adrenalin, Addison:

Tournade, A., M. Chabrol et P.-E. Wagner: Le système nerveux adrénalinosécréteur. (Über den nervösen Apparat der Adrenalinausscheidung.) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 29, S. 933—934. 1925.

Die Verff. sehen nach ihren an 2 durch Nebennierenvenen-Anastomosen miteinander vereinigten Hunden vorgenommenen Untersuchungen als Zwischenstation zwischen den bulbären Zentren und den Splanchnicusendungen in der chromaffinen Substanz der Nebennieren die Austrittsstellen aus dem Rückenmark in den Vorderwurzeln des IV. Thorakal- bis I. Lumbalsegments an. Rückenmarksdurchschneidung am Spender zwischen Zentren und XIII. Thorakalsegment bewirkte Adrenalinsekretion im Moment der Durchschneidung am transfundierten Tier, nachweisbar an arterieller Hypertension und Kleinerwerden der Milz. Die Wirkung zeigte sich am stärksten bei Reizung in der Höhe der Vorderwurzeln des X. bis XII. Thoracalsegments, während eine solche von den hinteren Wurzeln aus keine Adrenalinsekretion hervorrief.

M. Meyer (Köppern i. Taunus).

Digitized by Google

Kogan, V., und N. Ponirowsky: Der Antagonismus zwischen Adrenalin und Insulin in bezug auf das autonome Nervensystem. (*Physiol. Laborat., staatl. Veter.-Inst., Charkow.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 47, H. 5/6, S. 557—567. 1925.

Die Versuche wurden an Hunden von 11—14 kg Gewicht angestellt. 20 Einheiten Insulin, die an sich nur eine schwache und kurze Herabsetzung des Blutdrucks bewirken, können die blutdrucksteigernde Wirkung von etwa 0,4 ccm einer Adrenalinlösung (1 : 50 000) aufheben. 80 Einheiten Insulin setzen den Blutdruck stärker, aber auch nur kurze Zeit herab, können aber die Wirkung von 0,3 ccm einer Suprareninlösung (1 : 10 000) aufheben. Da Insulin in dieser Weise auch noch nach Durchschneidung des Vagus und Sympathicus am Halse wirkt, so wird angenommen, daß seine Wirkung durch Erregung der Vasodilatatoren und Lähmung der peripheren Vasoconstrictoren bedingt ist. Es vermag ferner nach Vagusdurchschneidung die Atmung wieder zur Norm zurückzubringen. Bei Hunden mit einer Speichelfistel sind 20 Einheiten Insulin ohne Einfluß auf den Speichelfluß, können aber die nach Adrenalininjektion auftretende Salivation hemmen, bezw. verhüten. 40—80 Einheiten Insulin rufen neben den vielen anderen oft beschriebenen Erscheinungen eine starke Speichelsekretion hervor. Alle Symptome werden durch Einspritzung von 0,5 ccm einer einpromilligen Adrenalinlösung glatt behoben. Im allgemeinen werden 20 Einheiten Insulin durch 0,2—0,5 ccm einer Suprareninlösung (1 : 50 000) neutralisiert. Insulin und Adrenalin müssen also gegenüber dem autonomen Nervensystem als Antagonisten aufgefaßt werden. *Fritz Laquer* (Oss, Holland).

Popoviciu, G.: Recherches sur l'adrénaline. (Untersuchungen über das Adrenalin.) (*Inst. de pharmacol. et pharmacognosie, univ., Cluj.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. 93, Nr. 34, S. 1321—1323. 1925.

Das Adrenalin zeigt am Froschherzen eine zweiphasige Wirkung; zunächst erhöht es die Amplitude der Herzschläge, dann erniedrigt es sie. K-Überschuß vermehrt, Ca-Überschuß vermindert die Adrenalinwirkung. Die Verstärkung der Adrenalinwirkung durch das Kalium, die Abschwächung durch das Calcium beruht wahrscheinlich auf einer Wirkung der Ionen auf die Kolloide; das Kalium lockert auf, das Calcium verfestigt. Das erstere begünstigt dadurch die Wirkung anderer Substanzen (von Thyreoidin, Pituitrin, Eserin gilt dasselbe wie von Adrenalin), das letztere erschwert sie. Eine andere Deutung wäre: Das Kalium setzt die Herzfunktion herab; dann kann das Adrenalin die Amplitude verstärken. Das Calcium steigert die Herzaktion bereits so weit, daß das Adrenalin unwirksam bleiben muß. *Erich Guttmann* (München).

Barbour, H. G., and W. F. Hamilton: Epinephrin anhydremia and its relation to the emergency function of the adrenals. (Suprarenin-Anhydrämie und ihre Beziehung zu der wirksamen Funktion der Nebennieren.) (*Dep. of physiol. a. pharmacol., school of med., univ., Louisville.*) Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. 22, Mai-H., S. 480—481. 1925.

Als Schwellenwert für die experimentelle Erzeugung einer Anhydrämie durch Injektion von Suprarenin wurde bei nichtanästhesierten Hunden 0,0001 mg pro Kilo Körpergewicht gefunden; ein Maximum an Wirkung wurde erreicht bei 0,01 mg pro Kilo Körpergewicht. Doppelseitige Unterbrechung des Splanchnicus war nicht von wesentlichem Einfluß für die Suprareninwirkung. *Borger* (München).

Nikolaeff, M. P.: Über Sensibilitätsveränderungen der Gefäße des isolierten Kaninchenohrs bei wiederholter Einwirkung der Nebennierenflüssigkeit und des Adrenalins. (*Pharmakol. Inst., Milit.-med. Akad., Leningrad.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 48, H. 3/5, S. 310—333. 1926.

Verf. durchströmte isolierte Kaninchenohren mit Adrenalin bzw. mit einer Ringerlösung, mit der vorher isolierte Nebennieren von Rindern durchströmt worden waren. Bei wiederholten Durchleitungen von Lösungen gleicher Konzentration sowohl der gleichen Nebennierenflüssigkeit wie des Adrenalins beobachtete er eine Veränderung der Sensibilität der Ohrgefäße. Meistens nimmt die Sensibilität zu, selten ab. Diese Erscheinung ist bei verschiedenen Tieren aber auch bei den beiden Ohren eines Tieres verschieden. Die Nervenstämme des isolierten Ohres bleiben eine Zeitlang elektrisch erregbar. Nach wiederholter Adrenalineinwirkung steigt die Erregbarkeit. Alle diese Erscheinungen lassen sich durch physikalisch-chemische Faktoren noch nicht hinreichend erklären. *Erich Guttmann.*

Tetanie und Spasmophilie:

Radovici, A., et O. Sager: Recherches sur l'hyperventilation pulmonaire et la tétanie expérimentale. (Untersuchungen über die Hyperventilation und die experimentelle

Digitized by Google

Tetanie.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Bucarest Jg. 7, Nr. 8, S. 157 bis 164. 1925.

Bei 3 Normalen fanden die Verff. nach Hyperventilation lediglich eine Steigerung der elektrischen Erregbarkeit. Ebenso verhielten sich einige Patienten mit organischen Nervenkrankheiten. (Syringomyelie, Parkinsonismus.) Bei 3 „Neuropathen" kam es zu generalisiertem Zittern, Zähneklappern, Benommenheit, Schwindel. Die Verff. beobachteten, daß die Vagotonie für tetanische Erscheinungen prädisponiert. Von 5 Epileptikern bekamen 3 außer tetanischen Erscheinungen echte epileptiforme Anfälle. Die beiden negativen Fälle waren diagnostisch nicht einwandfrei.

Erich Guttmann (München,.

Campbell, J. Argyll: The oxygen deficiency theory and experimental tetany. (Die Sauerstoffmangeltheorie und die experimentelle Tetanie.) (*Nat. inst. f. med. research, London.*) Lancet Bd. **210**, Nr. 2, S. 72—74. 1926.

Die Arbeit stellt eine Zusammenfassung einer Reihe ausführlicherer Arbeiten dar, die z. T. hier bereits referiert worden sind (vgl. dies. Zentrlbl. **43**, 210). Verf. bringt Kaninchen 100 ccm, gewöhnlich Stickstoff, in die Bauchhöhle oder unter die Haut und bestimmt später die Sauerstoff- und Kohlensäurespannung, die sich im Laufe der Zeit dort einstellt. Sie bleibt vom 3. oder 4. Tage ab annähernd konstant und in ihren Werten unabhängig davon, was für ein Gas oder Gasgemisch ursprünglich eingeführt wurde. Für die Verwertung der interessanten Resultate ist es bedauerlich, daß Verf. Krämpfe verschiedenster Ursache miteinander vergleicht: Hyperventilations-, Guanidin-, Insulin-, Alkohol-, Strychnin-, Salzkrämpfe, Krämpfe nach Parathyreoidektomie u. a. werden untersucht. Bei den meisten findet sich vor dem Beginn des „Tremors" ein Abfall der Sauerstoffspannung, die nachher wieder ansteigt, so daß man annehmen kann, daß der Zweck dieser mit dem Anstieg der Sauerstoffspannung einhergehenden Muskelaktion ist, die vorangehende Anoxämie auszugleichen. Sehr zweifelhaft ist es (Ref.), ob man aus diesen Befunden auf die Ätiologie oder Pathogenese gerade der Tetanie Schlüsse ziehen darf, zumal sich beachtenswerte Diskrepanzen sogar zwischen der Hyperventilations-, der Guanidin-Tetanie und der parathyreopriven finden.

Erich Guttmann (München).

Masciotta, G.: Studi e ricerche sulla tetania. La funzione del timo nella patogenesi della tetania. (Untersuchungen und Studien über die Tetanie. Die Thymusfunktion in der Tetaniepathogenese.) (*Istit. di clin. pediatr., univ., Sassari.*) Policlinico, sez. med. Jg. **32**, H. 12, S. 589—606. 1925.

Nach einer eingehenden Übersicht der einschlägigen Literatur und nach eingehenden Tierexperimenten folgert Verf., daß die totale Thymektomie auf jungen Tieren keine tetanischen Erscheinungen hervorruft, wenn die Nebenschilddrüsen erhalten sind. Sie ruft ihngegen bedeutende Veränderungen des säurebasischen Gleichgewichtes hervor, indem dieses gegen die niederen Alkaliwerte durch eine Verminderung der Ca-Ionen des Plasmas der Alkalireserve und in kleinerem Maße durch Abnahme seines Bicarbonatgehaltes verschoben wird. Die Thymektomie erhöht die Ca- und Ma-Ausscheidung und immer ihren Gehalt im Blute und besonders wird der Satz des Ca-Ions im Blute leicht erhöht. Der Ca- und Ma-Gehalt ist hingegen konstant in den Geweben und besonders in den Muskeln, den Knochen und der Nervensubstanz vermindert. Der gesetzmäßigen Zunahme des Ca-Ions im Blute muß man das Fehlen von tetanischen Erscheinungen, trotz der starken Ausscheidung des Ca und Ma zuschreiben, da diese hauptsächlich die inaktiven Sätze betrifft. Die tetanisierende Wirkung des basischen Natriumphosphates tritt in den jungen thymektomisierten Tieren langsamer als bei den normalen Kontrolltieren auf. Die in vorher ektimisierten Tieren ausgeführte Parathyreoidektomie verursacht gleichfalls das Auftreten von tödlicher Tetanie. Die tetanisierende Wirkung einer Thymusdefizienz scheint nicht erwiesen zu sein, vielmehr scheint der Hyperfunktion des Thymus eine tetanisierende Wirkung zuzuschreiben zu sein. Der Einfluß einer Thymusdysfunktion würde eher in der Pathogenese anderer

Digitized by Google

Krankheitsformen die mit Veränderungen des Knochensystems einhergehen (Rachitismus und Fragilitas ossium) ihren Ausdruck finden. *Enderle* (Rom).

Rutich, Jenö: Tetanie mit Pupillenstarre, Reflexverlust und Katarakt. Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 51, S. 1248—1249. 1925. (Ungarisch.)

25jährige Frau, seit 6 Jahren verheiratet, 4 Frühgeburten im 6. bis 8. Monat, von welchen nur das vorletzte Kind am Leben blieb, erkrankte während der letzten Gravidität an tetanischen Krämpfen in den Händen und Füßen, die auch nach der Geburt eines toten Kindes aufrechtblieben und besonders vor der Menstruation an Intensität zunahmen. Im somatischen Befund: Lebhaftes Chvostek- und Trousseauphenomen, Pupillen mittelweit, die rechte etwas weiter, reagieren weder auf Licht noch auf Akkommodation, Augenbewegungen frei, Augenhintergrund normal. Patella-Achilles-Tricepsreflexe fehlen vollkommen. Kein Romberg, keine Sensibilitätsstörung. Wassermann im Blute und Liquor negativ. Einleitung einer peroralen Calciumtherapie durch etwa 3 Monate führte nicht nur zu einer Sistierung der tetanischen Symptome, sondern ergab bei der Nachuntersuchung die Rückkehr sämtlicher Sehnen- und Periostreflexe, sowie eine prompte Reaktion der Pupillen sowohl auf Licht wie auf Akkommodation. In der letzten Zeit trat am linken Auge eine Sehschwäche auf, welche durch ein Katarakt bedingt war und operativ behoben wurde. Bemerkenswert ist das Fehlen der Pupillenreaktion in der krampffreien Zeit des tetanischen Zustandes, und die völlige Behebung des Symptoms nach Beseitigung der Tetanie durch Calcium. Auch das Fehlen der Sehnenreflexe wurde bisher zumeist nur während des Krampfanfalles beobachtet, nach dem Anfall kehren die Reflexe gewöhnlich zurück; hier wurden sie während der Behandlung öfters untersucht und ihre Rückkehr erst nach völliger Behebung des tetanischen Zustandes beobachtet. *Richter* (Budapest).

Frugoni, C.: Chronische Tetanie bei Erwachsenen und Transplantation von menschlicher Nebenschilddrüse nach Voronoff. Therapia (Budapest) Jg. **3**, Sonderh., S. 39 bis 42. 1926. (Ungarisch.)

Die glänzenden experimentellen Erfolge der Homoiotransplantationen nach Voronoff sind bisher therapeutisch beim Menschen nicht bestätigt worden. Hierzu bringt Verf. einen eingehend geschilderten klinischen Beleg.

Es handelt sich um einen 21jährigen Mann, der jede luetische Infektion leugnet, mit 15 Jahren im Anschluß an eine Gastroenteritis an typischen Tetanieanfällen erkrankt, welche sich anfangs in größeren Zwischenräumen, später immer häufiger zeigen, schließlich täglich mehrmals auftreten und im späteren Verlaufe der Krankheit häufig in einem epileptischen Anfall ausklingen. Zeitweise auch ohne tetanischen Vorläufer isolierte epileptische Anfälle. Befund: Exophthalmus, bei Blick seitwärts Nystagmus und Spasmen im Rectus internus des entgegengesetzten Auges; bei Druck auf den Augenast des Trigeminus Konvergenzkrampf der Augen. Chvostek stark positiv, ebenso Trousseau. Schilddrüse kaum palpabel. Gesteigerte mechanische und elektrische Reizbarkeit. Glottisspasmus und dysphagische Erscheinungen. Bei geringster mechanischer Reizung Hypertension der Extremitätenmuskeln. Ständige schmerzhafte Muskelkontraktionen. Wassermann, Sachs-Georgi, Meinicke stark positiv. Pharmakodynamisch: starke Pilocarpin- und schwache Adrenalinreaktionen. Calciumspiegel stark vermindert. Antiluetische Kur ohne jeden Erfolg, Calciuminjektionen bringen bloß vorübergehenden minimalen Erfolg. Transplantation menschlicher Nebenschilddrüsen nach Voronoff in die Tunica vaginalis der Hoden. Sofortige auffallende Besserung, Patient seit Monaten frei von tetanischen und epileptischen Anfällen. Chvostek bleibt positiv, Calciumspiegel steigt zusehends; pharmakodynamische Reaktionen unverändert; die Transplantate sind palpabel.

Verf. nimmt zur Erklärung des Falles eine luische Erkrankung (Sklerose) der Nebenschilddrüsen an, an welcher die antiluetische Kur nichts mehr zu ändern vermochte. Er läßt die Frage offen, ob es sich um einen bleibenden oder endgültigen Erfolg der Transplantation handelt; der Erfolg sei jedenfalls glänzend. Er betont, daß dies der erste Fall sei, in welchem die Transplantation nach Voronoff klinisch erfolgreich durchgeführt wurde und in welchem das Anwachsen des transplantierten Organes wahrscheinlich tadellos erfolgte. Der vorliegende Fall kann zweifellos als Hypoparathyreoidismus aufgefaßt werden; damit will aber Verf. nicht behaupten, daß alle Tetaniefälle dysparathyreoidalen Ursprunges seien. *Karl Hudovernig.*

Syphilis:

Sézary, A.: Syphilis exotique et pathogénie de la syphilis nerveuse. (Exotische Syphilis und Neurolues.) Presse méd. Jg. **34**, Nr. 1, S. 4—6. 1926.

Neuere Statistiken aus Marokko, Algier, Indien, China und Japan zeigen, daß

Digitized by Google

entgegen den früheren Ansichten auch in den exotischen Ländern die Neurolues spez. Paralysis prog. und Tabes gegenüber der Hautsyphilis im Fortschreiten begriffen ist. Es ist daher von neuem die Frage zu erörtern, ob die Natur des Virus oder die Konstitution des befallenen Individuums die Schuld an der Neurolues trägt. Die erste Möglichkeit wird verworfen, da das Virus der exotischen Syphilis bei Europäern Neurolues erzeugen kann. Die öfter angeführten individuellen Dispositionen für die Neurolues — Überarbeitung, Alkohol, Rasseneigenheit, erhöhter Blutdruck, Infektion im frühen Lebensalter — sind nach den heutigen statistischen Ergebnissen abzulehnen. Einzig erscheint die Tatsache bemerkenswert, daß sämtliche Völker im Beginn der Durchseuchung mit Syphilis zu starken Hautaffektionen neigen, während dann bei späteren Generationen die syphilitische Infektion vorzugsweise das Nervensystem befällt. Bei geringen Hautaffektionen tritt die allergische Reaktion sehr zurück, so daß die auch im sekundären Stadium stets infizierte Lumbalflüssigkeit leicht Neurolues hervorrufen kann. *Gierlich* (Wiesbaden).

Herschmann, Heinrich: Über eine direkt nekrotisierende Form der Hirnsyphilis. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 52, Nr. 5, S. 192—193. 1926.

Herschmann berichtet über den histologischen Befund eines Falles von Paralyse, der charakterisiert war durch herdförmige nekrotisierende Bildungen, wie sie bisher schon von Sträussler beschrieben und dann von Hauptmann als verursacht durch eine lokalisierte Ansammlung massenhafter Spirochäten erkannt waren. Er schließt sich auf Grund seiner Untersuchungen der Ansicht Hauptmanns an, daß es sich nicht um Gummen, sondern um primäre Nekrosen des Gewebes auf Grund des Spirochätenprozesses handele. Die Herde gehören nicht eigentlich zum paralytischen Prozeß, sondern stellen eine neue Form der Spirochätenschädigung dar, wie man sie übrigens bei kongenital-syphilitischen Kindern auch in anderen Organen gefunden hat. *Hauptmann* (Freiburg i. Br.).

Daspit, Henry: A case of syphilitic leptomeningitis treated with tryparsamid. (Ein Fall von syphilitischer Leptomeningitis, behandelt mit Tryparsamid.) (*City hosp. f. ment. dis., New Orleans.*) Med. clin. of North America Bd. 9, Nr. 4, S. 981 bis 984. 1926.

25jähriger Mann, der sich während des Krieges eine Lues zuzog, erkrankt 1923 an dauernden Kopfschmerzen, leichter Verwirrtheit, epileptischen Anfällen, Bradylatie, Pupillenstarre, Reflexstörungen. Blutwassermann + + + +, stärkste Zellvermehrung im Liquor. Nach der üblichen gemischten Kur Entlassung aus dem Krankenhaus. 3 Monate später Wiedereinlieferung im Status epilepticus. Trotz Quecksilber, Neosalvarsan und Jodkali reißende Verschlechterung. Versuch mit Tryparsamid. Nach der ersten Einspritzung Aufhören der epileptischen Anfälle und fortlaufende Besserung aller sonstigen Krankheitszeichen. Im ganzen 72,0 Tryparsamid und 2,8 salicylsaures Quecksilber. Wassermann nach der Kur negativ, Zellenzahl im Liquor normal. Hingegen blieb ein erheblicher Tiefstand der geistigen Fähigkeiten zurück, der nach Ansicht des Verf. vermieden worden wäre, wenn die Behandlung von Anfang an energischer durchgeführt und Tryparsamid früher angewandt worden wäre. *Alfred Schreiber* (Hirschberg i. Schl.).

Ramadier, J.: Considérations sur deux cas de méningo-névrite de la 8e paire dus à la syphilis acquise. (Betrachtungen über zwei Fälle von Meningo-Neuritis des 8. Hirnnervenpaares infolge erworbener Syphilis.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 42, Nr. 5, S. 193—196. 1926.

2 Fälle von Ohrsyphilis. Jede plötzlich und schnell auftretende Taubheit mit Verlust der Vestibularreaktionen und bei Fehlen jeder infektiösen Erkrankung ist verdächtig auf Syphilis, auch wenn der Blutwassermann negativ ist. In diesen Fällen deutet oft die Liquoruntersuchung auf die syphilitische Genese. Die erworbene Ohrsyphilis ist in der Mehrzahl dieser Fälle die erste und einzige Manifestation einer Nervenlues. Es handelt sich dabei nicht um eine eigentliche Ohrlokalisation, sondern wahrscheinlich um eine neuritische, endokranielle Läsion und Meningealreaktion, um eine syphilitische Meningo-Neuritis des 8. Hirnnervenpaares. Bei ererbter Syphilis sind diese Läsionen viel seltener, hier handelt es sich in der Regel um eine reine Ohrerkrankung. Im zweiten mitgeteilten Falle trat das Leiden mitten während einer intensiven antisyphilitischen Behandlung auf und führte zu völliger doppelseitiger Taubheit; es handelte sich um ein postmercurielles Neurorezidiv. In Zukunft wird

Digitized by Google

Verf. das Bismut bei Behandlung der Meningoneuritis acustica dem Quecksilber vorziehen. *Kurt Mendel.*

Pappenheim, M.: Syphilitischer Parkinsonismus. (*Versorgungskrankenh. u. neurol. Inst., Univ. Wien.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **100**, H. 1, S. 81 bis 90. 1925.

Nach Mitteilung der bisher zu diesem Thema vorliegenden Literatur bringt Verf. die Krankengeschichte eines 41jährigen Mannes. Dieser überstand 2 Jahre zuvor das akute Stadium einer epidemischen Encephalitis. Anschließend entwickelte sich ein Parkinsonismus. Ohne daß von Lues etwas bekannt gewesen wäre, fand sich bei dem Patienten eine positive WaR. im Blut wie im Liquor bei gleichzeitiger Vermehrung des Eiweißgehaltes sowie einer Lymphocytose von 60/3. Nach wiederholter antiluischer Behandlung keine Besserung. Exitus infolge doppelseitiger Pneumonie. Die histologische Untersuchung dieses Falles ergab eine disseminierte Meningo-Myelo-Encephalitis und eine Veränderung der Substantia nigra, ganz wie man sie sonst bei Encephalitisfolgezuständen findet. Der Befund wird eingehend unter Beigabe von Abbildungen geschildert. Die mesodermalen und sekundär-parenchymatösen Erscheinungen, besonders auch solche der Stammganglien hält Verf. für syphilitisch bedingt. Er kommt zu dem Schluß, daß der beschriebene Fall der erste ist, in welchem auf Grund des histologischen Befundes das Symptomenbild des Parkinsonismus auf eine Kombination syphilitischer und postencephalitischer Veränderungen zurückzuführen ist. *Pette* (Hamburg).

Feldmann, W.: Syphilis des Zentralnervensystems mit gleichzeitiger gummöser Syphilis der Haut und der Schleimhäute. Venerologija i dermatologija Jg. **1925**, Nr. 5, S. 17—23. 1925. (Russisch.)

Verf. hat 75 Kranke (39 Männer und 36 Frauen) mit Erscheinungen der tertiären Lues (Gummen der Haut und der Schleimhäute, syphilitische Narben) untersucht und will bei 17 (12 Männer und 5 Frauen), also bei 22,6% Zeichen einer Erkrankung des Zentralnervensystems gefunden haben. Von diesen 17 sind 8 gar nicht behandelt worden, 4 haben eine Hg-Kur, 3 haben 2 Hg-Kuren und 2 mehr als 2 Kuren durchgemacht; nur 3 Kranke haben Salvarsanpräparate bekommen. Das gleichzeitige Auftreten von Erscheinungen der tertiären Lues und Neurolues spricht gegen die Theorie der verschiedenen Arten des Luesvirus.

Wolpert (Berlin-Schlachtensee).

Mogilnitzky, B.: Materialien zur Frage der Syphilis des vegetativen Nervensystems. (*Krankenh. v. Ssemaschko, Moskau.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **259**, H. 2, S. 489—501. 1926.

In 15 Fällen von Früh- (einschl. angeborener) und Spätlues wurden alle Teile des vegetativen Nervensystems untersucht. In Frühstadien fanden sich in den Vagusganglien mannigfache degenerativ-atrophische Veränderungen mit Wucherung der Satelliten, Bindegewebsvermehrung, Verdickung der Gefäße mit lymphocytär-plasmacellulärer Infiltration, obliterierende Endarteriitis, bisweilen Hyalin- und Amyloidablagerung. Noch bedeutend ausgesprochener sind gleichartige Veränderungen in den sympathischen Halsganglien; besonders ausgeprägt ist die Sklerose, nach Verf. sicher eine Folge der Gefäßveränderungen. Entsprechendes findet sich auch in anderen sympathischen Ganglien. Sehr schwere Veränderungen beschreibt Verf. ferner in den vegetativen Zentren des Zwischenhirns, Mittelhirns, des verlängerten und Rückenmarks, und zwar ebenfalls in Gestalt von entzündlichen Gefäßinfiltrationen und Gummenbildung, ferner schweren degenerativen Veränderungen an den Ganglienzellen, die stellenweise so weit gehen, daß nur wenige Zellen übrigbleiben, sodann Gliawucherung mit subependymärer Gliomatose. Bei angeborener Syphilis fanden sich ähnliche Veränderungen, nur besonders starkes Hervortreten der Sklerose im peripherischen, abgegrenzter, zentral nekrotischer Knötchen im zentralen vegetativen Gebiet.* — Bei Tabes stehen im peripherischen Gebiet — neben ebenfalls beobachteten Gefäßinfiltrationen — degenerative Veränderungen an Zellen und Fasern im Vordergrund. Auch im Gehirn und Rückenmark finden sich wiederum degenerativ-atrophische Prozesse mit Gliawucherung. Die Veränderungen wurden also in allen Teilen des vegetativen Systems gefunden bei im einzelnen sehr verschiedener Intensität. Meist war letztere am stärksten in der Peripherie und im Rückenmark; besonders betroffen war auch das Herznervensystem. — Es folgen theoretische Erwägungen über den Zusammenhang der gefundenen Veränderungen mit dem Fieber, den Pigmentver-

Digitized by Google

änderungen, der Alopecie bei Syphilitikern, den trophischen und Gelenkveränderungen, der Keratitis neuroparalytica, den Pupillenstörungen und vor allem den Krisen der Tabiker, ohne daß im einzelnen in bestimmter Weise eine Ansicht über diese Fragen geäußert würde. — Es ist sehr schwer, zu diesen äußerst auffälligen Befunden — insbesondere was die Nichttabiker betrifft — Stellung zu nehmen, da man auf gar zu viele Fragen keine Antwort in der Arbeit findet, wie u. a. auf die folgenden: Wieviele Fälle unter den 15 waren „Frühfälle", abgesehen von angeborener Syphilis? Waren die Veränderungen in den Frühfällen ausnahmslos vorhanden? Woran starben die Frühfälle? Waren die Veränderungen nur in den vegetativen Zentren und Bahnen nachweisbar und fehlten anderswo? u.v. a. m. Ref. muß jedenfalls sagen, daß er sowohl bei seinen früheren, das ganze Zentralnervensystem betreffenden, noch in neuerlichen, noch nicht abgeschlossenen, den peripherischen Sympathicus berücksichtigenden Untersuchungen bei Syphilitikern, nur äußerst selten und auch nicht annähernd so schwere Veränderungen gefunden hat, wie Mogilnitzky sie beschreibt. Die Ursache dieser Differenz ist schwer, jedenfalls aber nicht vor Beantwortung obiger Fragen, zu erklären. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Belloni, Giuseppe: Il segno di Fournier nella sifilide congenita. (Das Fourniersche Zeichen bei der kongenitalen Syphilis.) (*Clin. pediatr., univ., Milano.*) Pediatr. prat. Jg. 2, Nr. 5, S. 65—74. 1925.

Die systematische Untersuchung eines großen Materiales auf die diagnostische Wertigkeit der Dystrophie der Schädelvenen (Fourniersches Zeichen) ergab, daß dieselbe für die Heredolues nicht pathognomonisch ist; außer bei anderen Krankheiten (Schädelrachitis) findet sich das Symptom auch bei Hydrocephalie, bei schwerer Atrophie. Trotzdem ist es bei Ausschluß dieser Affektionen von diagnostischem Wert. Die Schädelvenendystrophie ist in den ersten 3 Monaten besonders häufig und kann als luetisches Frühsymptom gelten. Ihre Häufigkeit wird durch die Wassermann-Reaktion noch erhärtet, die Kombination mit Blässe der Haut und Milztumor in den ersten Monaten schafft eine neue diagnostische Trias. Ursächlich spielt eine besondere Labilität des Gefäßsystems eine Rolle. *Neurath* (Wien).°°

Laurence, J.: La recherche de l'hérédité syphilitique. (Die Untersuchung auf hereditäre Syphilis.) Journ. des praticiens Jg. 39, Nr. 50, S. 827—829. 1925.

Kritische Übersicht über den diagnostischen Wert der zahlreichen, für die kongenitale Lues angegebenen Symptome. Besonders berücksichtigt sind die Veränderungen an den Zähnen. *A. Meyer* (Bonn).

Gutfeld, Fritz von: Serologische Untersuchungen an syphilitischen Zwillingen. (*Städt. Hauptgesundheitsamt, Berlin.*) Klin. Wochenschr. Jg. 5, Nr. 1, S. 26. 1926.

Verf. untersuchte 6 syphilitische Zwillingspaare. Wichtig ist das Ergebnis, daß die WaR. bei einem Kinde positiv, beim anderen negativ sein kann, daß sie also keineswegs bei Zwillingen gleichwertig ausfallen muß. Außerdem beobachtete Verf., daß die Zwillinge kurz nach der Geburt klinisch wie serologisch gesund erscheinen und erst später positive klinische Erscheinungen und auch eine positive WaR. entwickeln können. Für die Praxis ergibt sich daraus der Grundsatz, daß alle Kinder syphilitischer Eltern jahrelang klinisch und serologisch in Beobachtung bleiben müssen.

H. Hoffmann (Tübingen).

Duncan, A. G.: Familial neuro-syphilis with apparently healthy parents. (Familiäre Neurosyphilis bei anscheinend gesunden Eltern.) Lancet Bd. 210, Nr. 4, S. 179. 1926.

Vater und Mutter gesund, kein krankhafter Befund am Nervensystem, WaR. im Blut negativ, normale Liquorverhältnisse. Das erste Kind hatte eine Dementia paralytica und starb 26jährig, das dritte Kind erlag im Alter von 24 Jahren der gleichen Krankheit. Bei dem fünften Kind war der somatische Befund zwar normal, die WaR. im Blut jedoch positiv; der Liquor zeigte überdies eine mäßige Lymphocytose. Zweites, viertes und siebentes Kind waren gesund und hatten weder im Blut noch im Liquor Veränderungen. Die sechste Schwangerschaft hatte mit einer Fehlgeburt geendet. — In der Kindheit erworbene und nicht erkannte Syphilis bei den 3 erkrankten Geschwistern anzunehmen, ist unwahrscheinlich, so daß trotz des negativen Befundes bei den Eltern an eine hereditäre Form gedacht werden muß. Die Mitteilung spricht

Digitized by Google

zugunsten der Theorie von einer besonderen, neurotropen Spirochätenart. Da indessen fünf nahe Angehörige der Mutter in Irrenanstalten gestorben waren, hat auch die Annahme, daß die erkrankten Familienmitglieder ein wenig widerstandsfähiges Nervensystem besaßen, viel für sich. *Taterka* (Berlin).

Garai, Frank: Treatment of metasyphilitic conditions, with silver-salvarsan and intravenous mercury. (Behandlung metasyphilitischer Zustände mit Silbersalvarsan und Quecksilber intravenös.) Americ. journ. of syphilis Bd. **9**, Nr. 4, S. 723—737. 1925.

Silbersalvarsan zugleich mit Mercurosal gegeben gibt die besten Erfolge bei allen syphilitischen Folgezuständen. Verf. beginnt mit 0,1 Silbersalvarsan und gibt dann 2mal wöchentlich 0,2. Ohne die Nadel herauszunehmen, wird gleich im Anschluß daran Mercurosal gegeben. Nach 8 Injektionen wird eine Pause von 6 Wochen gemacht. Es folgen dann noch 4 derartige Kuren unter allmächlicher Verlängerung der Pausen auf 2—3 Monate. Ein Negativwerden der WaR. darf nicht zum Abbrechen der Behandlung Anlaß geben. Nebenher wird Jod in großen Dosen gegeben. Bei Tabes sah Verf. gute Erfolge, bei Paralyse nur vorübergehende Besserung. *Campbell* (Dresden).

Greenbaum, Sigmund S., and Carroll S. Wright: Value of nonspecific protein therapy in syphilis. With special reference to its effect on the Wassermann reaction when used as an adjunct to neo-arsphenamin. (Der Wert der unspezifischen Proteintherapie bei Syphilis. Mit besonderer Berücksichtigung der Wirkung auf die Wassermannsche Reaktion, wenn sie zur Unterstützung der Behandlung mit Neo-Arsphenamin benutzt wurde.) (*Dep. of dermatol.-syphilol., graduate school of med., univ. of Pennsylvania, Philadelphia.*) Arch. of dermatol. a. syphilol. Bd. **12**, Nr. 6, S. 858—864. 1925.

Angewandt wurden intramuskuläre Injektionen von 5 ccm einer 4proz. Suspension von Milchprotein. Es zeigte sich, daß die reine Proteintherapie bei sekundärer und tertiärer Syphilis in dem größten Teil der Fälle einen vollständigen oder weitgehenden Heilerfolg bewirkte. Bei der Anwendung von Milchprotein in Verbindung mit Neo-Arsphenamin bei latenter Lues mit stark positivem Wassermann war die Einwirkung auf die Wassermannsche Reaktion intensiver, als wenn Neo-Arsphenamin allein benutzt wurde. Verf. vermutet, daß durch die Proteintherapie normale Schutzmechanismen im Körper angeregt werden und hält die Proteintherapie für eine wertvolle Unterstützung der gebräuchlichen antisyphilitischen Methoden. *K. Eskuchen* (Zwickau).

Baer, Max: Zur Salvarsanbehandlung. Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 51, S. 1928. 1925.

Verf. wendet sich gegen die voreilige Ansicht, daß die Abnahme schwer destruierender syphilitischer Haut- und Schleimhauterkrankungen und eine Zunahme von Tabes, Paralyse und Aortitis der Salvarsanbehandlung zur Last zu legen seien. Die Beantwortung dieser praktisch so überaus wichtigen Frage erfordere umfassendere Statistiken, die auch die Einwirkungen des Krieges und die durch ihn verursachte unzureichende Behandlung der Lues berücksichtigen müsse. *A. Meyer* (Bonn).

● **Heymann, Kurt: Die Wismutbehandlung der Syphilis unter eingehender Würdigung des Werkes von Professor Levaditi, Paris. Für den Praktiker geschrieben.** Berlin: Hans Pusch 1925. 94 S. RM. 2.—.

Verf. gibt in kurzer klarer Darstellung einen Überblick über die Entwicklung der Wismutbehandlung, über die chemotherapeutischen Grundlagen, den Wirkungsmechanismus, die möglichen Schädigungen und die bisherigen Feststellungen über die Wirksamkeit bei menschlicher Syphilis. Die französische Literatur ist besonders berücksichtigt. Entsprechend dem Charakter des Buches, das für den Praktiker bestimmt ist, wird vor allem die Bi-Behandlung bei primärer, sekundärer und tertiärer Lues behandelt. Ausführlich wird auf die zu beachtenden Gesichtspunkte bei der Auswahl unter den zahlreichen Bi-Präparaten hingewiesen, auf die Art der Anwendung sowie die Kombination mit anderen Antiluetica. Eine übersichtliche Tabelle über eine Anzahl bekannter deutscher Präparate mit Angaben über den Bi-Gehalt, Zahl der Injektionen pro Kur usw. erleichtert rasche Orientierung. Die Neurolues wird nur kurz auf 7 Seiten abgehandelt. Bisher ist die Literatur über reine Bi-Behandlung bei Metalues noch spärlich. Bei 6 von 7 Paralysen beobachtete ein Untersucher günstige Modifikation

Digitized by Google

bezüglich der Lymphocytose, des Eiweißgehaltes und der WaR. im Liquor. Klinische Besserung wurde nicht gefunden. Dagegen vereinzelt bei Tabes, vor allem Nachlassen tabischer Krisen und lanzinierender Schmerzen auf Jodwismutmorphin. Die Angaben hierüber sind indes noch vereinzelt und nicht verallgemeinerungsfähig. *Beringer.*

Warr, Otis S., and L. Carl Sanders: Recent developments in the diagnosis and treatment of syphilis. (Fortschritte in Diagnose und Behandlung der Syphilis.) Americ. journ. of syphilis Bd. **9**, Nr. 4, S. 642—646. 1925.

Der Aufsatz bietet dem Neurologen wenig. Ein einzelner positiver Wassermann ist für die Diagnose noch nicht entscheidend. Während der Latenzperioden werden von den Spirochätennestern an Herz, Aorta, Gefäßen an der Gehirnbasis keine Spirochäten anderswohin verschleppt. Urethraler Schanker ist häufiger als gemeinhin angenommen wird. Frauen haben weniger häufig luetische Hautaffektionen als Männer. Von „Nervensyphilis" tritt die Hälfte während der ersten 3 Jahre nach der Infektion auf. Unter den Quecksilberpräparaten geben die Autoren den löslichen den Vorzug. *Karplus* (Wien).

Šaravskij, S.: Über die Behandlung der Nervensyphilis mit Malaria-Impfungen. Sovremennaja psichonevrologija Jg. **1**, Nr. 3/4, S. 98—106. 1925. (Russisch.)

Die Malaria-Therapie wurde vom Verf. in 26 Fällen der Nervensyphilis angewendet. Da die unmittelbare Einspritzung vom Patienten zum Patienten unmöglich war, mußte der Verf. das entnommene Blut mit gleichem Quantum einer $^1/_2$proz. Lösung Natr. citr. vermischt mehrere Stunden aufbewahren, wobei es sich herausgestellt hat, daß die Virulenz bis 24 Stunden nicht verschwindet. Incubation schwankte zwischen 4 Tagen und 4 Wochen. Der klinische Verlauf dieser experimentellen Malaria war günstig. Abgesehen von einem leichten, vorübergehenden Tetanus traten keine Komplikationen auf. Nachbehandlung — wie gewöhnlich — mit Chinin $2\times0{,}5$ pro die. Von den 6 mit Malaria behandelten Paralytikern hat der Verf. bei 3 Patienten eine so weitgehende Besserung feststellen können, daß sie zu ihrem früheren Beruf zurückgekehrt (Musiker, Buchhalter, Kaufmann) und schon 2 Jahre auf diesem Gebiet tätig sind. Man kann also von einer vollen Remission sprechen. 2 weitere Paralytiker können als relativ gebessert angesehen werden; der 6. ist in statu quo geblieben. Am auffallendsten ist bei dieser Therapie die Besserung der Sprache und der Schrift, das Aufhören der paralytischen Anfälle und die Wiederkehr der normalen Pupillenreaktion. Weniger günstige Resultate gibt die Malariabehandlung der Tabes und der Lues cerebro-spinalis, wenn auch manche besonders lästige Symptome, wie lancinierende Schmerzen, tabische Krisen, Blasenbeschwerden und Störungen des Ganges, zum Verschwinden gebracht werden können. Im ganzen war in 19 Fällen (also in 73%) eine zweifellose Besserung festgestellt. *L. Arinstein* (Charlottenburg).

Scherber, G., und O. Albrecht: Die Wirkung der Malaria in Verbindung mit spezifischer Behandlung auf die syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems und der Gehirnnerven, wie die Beeinflussung der liquorpositiven, von Nervensymptomen freien Fälle durch diese Therapie im präventiven Sinne. (*Krankenanst. Rudolfstift., Wien.*) Med. Klinik Jg. **20**, Nr. 37, S. 1285—1287 u. Nr. 38, S. 1326—1327. 1924.

Bestätigung der therapeutischen Erfolge mittels kombinierter Quecksilber-Wismut-Jodbehandlung nach vorangegangener wiederholter Malariaimpfung und angeschlossener Neosalvarsankur. Völlige Rückbildung der Liquorveränderungen zur Norm. Nur in einem Falle äußerst hartnäckige zweimal rezidivierende Periostitiden des Schädels trotz günstigster Liquorbeeinflussung. Bei Tabes deutliche Besserungen, namentlich der Schmerzerscheinungen und Neuritiden des Opticus und Acusticus. *Meyer.*

Beschäftigungsneurosen, funktionelle und lokale Krämpfe:

Matzdorff: Halsmuskelkrampf. Ärzte-Ver., Hamburg, Sitzg. v. 12. I. 1926.

Matzdorff stellt eine 39jährige Patientin vor, die an langsamen, rythmischen Drehungen des Kopfes nach rechts leidet. Diese werden hervorgerufen durch unwillkürliche, tonische Anspannung des linken und bewußte korrigierende Innervation des rechten Musculus sterno-cleido-mastoideus. Übergreifen der unwillkürlichen Kontraktionen auf das Gebiet des linken unteren Facialis. Das Krankheitsbild wird nicht als psychogen bedingt aufgefaßt, sondern

Digitized by Google

dem Gebiet des Torsionsspasmus zugerechnet. Hirnlokalisatorisch kommt ein Prozeß in den Ganglien des Hirnstammes (Pallidum, evtl. Corpus Luysi) unbekannter Ätiologie in Frage. Therapie ist wenig aussichtsreich, soweit es sich nicht um Beseitigung psychogener oder funktioneller Überlagerungen handelt. *Autoreferat* durch *Wohlwill*.

Clark, William Arthur: Torticollis. California a. Western med. Bd. **23**, Nr. 11, S. 1429—1432. 1925.

Die Arbeit bezieht sich ausdrücklich nur auf den mit Strukturveränderungen im Muskel oder Knochen einhergehenden Torticollis, dessen Operation (Teno- bzw. Myotomie), je früher ausgeführt, desto bessere Erfolge zeigen soll. — Wieweit die vom Verf. getroffene Registrierung der einzelnen Fälle und die auf dieser Grundlage behauptete günstige Wirkung der chirurgischen Therapie vom Neurologen gewertet werden kann, läßt sich danach beurteilen, daß alle anderen Fälle von Torticollis als „intermittierende" „funktionelle Gewohnheitsspasmen", „neurotischer Individuen" zusammengefaßt werden. *Bluhm* (Berlin).

Pelnář, J.: Epilepsie mit Myoklonie (Unverricht). Časopis lékařů českých Jg. **65**, Nr. 47, S. 1681—1682. 1925. (Tschechisch.)

Verf. berichtet über den Fall eines 15jährigen Knaben, der seit 8 Jahren Anfälle von Zuckungen hat, die sich teils auf einzelne Muskeln beschränken, ohne einen motorischen Effekt zu erzielen, teils sich auf größere Muskelgruppen ausdehnend, zu Bewegungen des ganzen Körpers führen. Einzelne Anfälle waren mit einer blitzartig eintretenden Bewußtseinstrübung verbunden, der Kranke bekam auch nächtliche Anfälle mit Bewußtlosigkeit und Opisthotonus. Verf. bespricht dann die in der Literatur niedergelegten anatomischen Befunde von Myoklonieſällen, aus denen er den Schluß zieht, daß die monomuskuläre Myoklonie in das Rückenmarksgrau zu lokalisieren ist, die an Chorea und Tic erinnernden Fälle in das Corticostriatum, andere Fälle wiederum in den Nucleus dentatus. Diese lokalisatorischen Variationen bedingen aber nur die besondere Färbung des klinischen Bildes, die pathogenetische Grundlage dieser Erkrankung ist das ubiquitäre Vorkommen der aus dem Zerfall der Ganglienzellen entstandenen Corpora amylacea. *Hans Zweig* (Brünn).

De Nigris, Giovanni: Analisi costituzionale e del sistema endocrino-simpatico in un caso di „maladie des tics". (Analyse der Konstitution und des endokrin-sympathischen Systems in einem Fall von Tickrankheit.) (*Osp. prov. psichiatr., Bologna.*) Riv. sperim. di freniatr., arch. ital. per le malatt. nerv. e ment. Bd. **49**, H. 2/3, S. 309—332. 1925.

Nach Anführung der wichtigsten bisherigen Anschauungen über die Symptomatologie und Pathogenese der Tickrankheit (Gilles de la Tourette, Meige, Feindel, Bresler u. a.) beschreibt Verf. den Fall eines 18jährigen Mädchens, bei dem vom 8. Lebensjahr an charakteristische motorische Störungen (klonische choreiforme Muskelkontraktionen, besonders in den Muskeln des Gesichts und des Halses mit Zähnefletschen, Grimassieren, Spucken, schmerzhaftes Spannen der Masseteren, plötzliche, arythmische, bilaterale Kontraktionen der Adduktoren und der Quadricipites vom Charakter einer epileptoiden Trepidation, Berührung von Objekten und Personen usw.), Störungen der Sprache (Echolalie und besonders Coprolalie — zwangsmäßiges Hervorbringen von indezenten Worten oder kurzen Sätzen) und der allgemeinen Psyche (leichterer Grad von intellektuellem und moralischem Schwachsinn, Übererregbarkeit und Labilität der Stimmung), Zeichen von Dysfunktion der endokrinen Drüsen (auch pharmakologisch mit Organextrakten geprüft), wie geringer Körperwuchs, Adiposität u. a., und von Störung des Gleichgewichts im vegetativen Nervensystem (besonders im Sinne der Vagotonie) bestanden. Eine Analyse der Muskelkontraktionen (auch mit Hilfe von graphischen Kurven) führt Verf. dazu, sie vom Paramyoclonus, von der Myoclonie-Epilepsie, von der partiellen Epilepsie von Kojewnikow, von der Chorea Sydenhamii und electrica und von den einfachen Tics zu unterscheiden und zur eigentlichen Tickrankheit zu rechnen. — In endokrinologischer Beziehung nimmt Verf. in seinem Fall pluriglanduläre, funktionelle Störungen von seiten der Hypophyse, der Nebenniere, der Thyreoidea und des Ovariums an, während er einen Status thymicolymphaticus ausschließen zu können glaubt. Eng damit verbunden sind Störungen des vegetativen Nervensystems, die mit den endokrinen unlösbar verknüpft sind. Im Zusammenhang damit erörtert Verf. einige neue Theorien über die Beziehungen innersekretorischer und sympathisch- (bzw. parasympathisch-) nervöser Faktoren und ihre Wechselbeziehungen. *M. Minkowski* (Zürich).

Digitized by Google

Wießner, P.: Über schmerzhafte Muskelkrämpfe im Bereiche der Thorakalnerven bei Lungen- und Pleuratuberkulose. (*Heilst. d. Landes-Versich.-Anst. Mittelfranken, Pappenheim.*) Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. 43, H. 6, S. 455—462. 1925.

Verf. sah bei 2 Progredient-Lungentuberkulösen im Bereiche des Oberbauches und des Thorax schmerzhafte Muskelkrämpfe von kürzerer Dauer auftreten. Sie weisen auf eine Reizung der Nn. thoracales durch die frisch entzündlich veränderte Pleura hin. Dazu kommt eine Reflexwirkung: der Reiz wird durch Fasern des Sympathicus oder auch durch sensible Fasern der Intercostalnerven selbst dem Rückenmark zugeleitet und verursacht dort durch länger dauernde, immer wieder neue Impulse einen dauernden Reizzustand der sensiblen Wurzeln; bei längerer Dauer der Irritation breitet sich die Reizzone auf die den Hinterhörnern benachbarten Rückenmarkspartien aus, so daß schließlich das ganze entsprechende Segment eine erhöhte Erregbarkeit aufweist; die Reizausbreitung nimmt schließlich so zu, daß auf dem Wege über im Rückenmark verlaufende Verbindungsfasern auch die motorischen Wurzeln erregt werden. Therapeutisch erwiesen sich die Krämpfe als sehr schwer beeinflußbar. *Kurt Mendel.*

Traumatische Nervenerkrankungen, Kriegsverletzungen:

● **Reichsversicherungsordnung mit Anmerkungen. Hrsg. v. Mitgliedern des Reichsversicherungsamts. Bd. 4. Invalidenversicherung. (Viertes Buch der RVO.)** Berlin: Julius Springer 1926. VIII, 240 S. Geb. RM. 8.70.

Die RVO. hat im Laufe der Jahre mannigfache Abänderungen erfahren. Die neue Herausgabe in der jetzt geltenden Fassung vom 15. XII. 1924 ist in hohem Maße zu begrüßen. Die Anmerkungen enthalten in gedrängter Kürze alles Wesentliche. Der § 1255 weist allein über 11 Seiten Anmerkungen auf. Die neue Gesetzesausgabe wird auch dem begutachtenden Arzt von großem Nutzen sein. *Reichardt* (Würzburg).

Jellinek, Stephan: Berufskrankheit und Unfallverletzung durch Elektrizität. Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 43, S. 1155—1157. 1925.

Jellinek wiederholt hier die wichtigsten Ergebnisse seiner Forschungen über die günstige Aussicht von Wiederbelebungsversuchen bei Scheintod nach elektrischem Unfall und die gute Prognose bei elektrischer Verbrennung von Körperteilen, die ohne Sepsis zu einfacher Nekrose führt, daher jeden chirurgischen Eingriff entbehrlich macht. Er schließt seinen auf dem Internationalen Unfallverhütungskongreß in Amsterdam gehaltenen Vortrag mit dem Antrag, vom Kongreß aus bei allen Regierungen zu beantragen, daß in einer Universitätsklinik als Zentrale für Forschung, Behandlung und Volksbelehrung eine „elektropathologische Krankenstation" nach Wiener Muster geschaffen werden möge, in die alle durch elektrischen Strom Verletzten eingeliefert werden sollen. Auch die Bildung einer „Internationalen Kommission zur Bekämpfung der Elektrizitätsgefahren" regt er an. *Stier* (Charlottenburg).

Schwartz, Ph., und Lotte Fink: Morphologie und Entstehung der geburtstraumatischen Blutungen in Gehirn und Schädel des Neugeborenen. (*Senckenberg. pathol. Inst., Univ. Frankfurt a. M.*) Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 40, H. 5, S. 427—474. 1925.

Im Anschluß an die bekannten Arbeiten von Schwartz und anderen Frankfurter Autoren haben die Verff. die Morphologie und namentlich die Lokalisation der geburtstraumatischen Blutungen genauer analysiert. Sie stützten sich dabei außer dem genauen Studium dieser Blutungen auch auf anatomische Untersuchungen des Hirnvenensystems. Diese zeigen folgendes: Bei Injektion des Vena-Galeni-Systems füllen sich vor allem die Venen des Großhirnmarks, diejenigen der Rinde bleiben ganz, die der Stammganglien größtenteils frei. Der hintere Teil des Sinus longitudinalis nimmt überhaupt keine Hirnvenen mehr auf. Die Venen der Hirnoberfläche, die sich in den genannten Sinus ergießen, kommunizieren in ausgedehnter Weise mit deszendierend in den Sinus cavernosus mündenden Venen, letztere haben ferner eine Anastomose zum Gebiet des Sinus transversus, so daß bei Stauung im Längssinus dem Blut andere Auswege zu Gebote stehen. Ähnliche — jedoch anatomisch noch nicht genügend geklärte —

Digitized by Google

Verhältnisse scheinen für die Stammganglien vorzuliegen. Diese Befunde erklären die Sonderstellung des Vena Galeni-Systems bei den Geburtsschädigungen, trotzdem sich bei den ausgedehnten Kommunikationen die Minderdruckwirkung auf das gesamte Venensystem des Schädels geltend macht. Dementsprechend entstehen, wie an einer Reihe einzelner Beispiele ausgeführt wird, die Geburtsblutungen vor allem im Gebiet der Vena Galeni: der V. terminalis, V. lateralis ventriculi, V. chorioidea, V. septi pellucidi, V. corporis callori, V. occipitalis interna und der Kleinhirnvenen. Oft ist Konfluenz aus zahlreichen kleinen Capillarblutungen deutlich. Größere makroskopische Blutungen finden sich jedoch im wesentlichen nur bei Frühgeburten. Die pialen Blutaustritte — ebenfalls nur bei Frühgeburten aus größeren Venen stammend — finden sich im hinteren Hemisphärenabschnitt, d. h. im Bereich eines V.-Galeni-Astes, der V. occipitalis interna. In der Hirnrinde und den Stammteilen sind Blutungen bedeutend seltener und meist nur mit dem Mikroskop nachzuweisen. Zur Erklärung dieser Verhältnisse führen die Verff. an, daß der Sinus longitudinalis, und zwar namentlich sein hinterer Abschnitt, teils direkt, da er unmittelbar unter der dünnen Haut gelegen ist, teils indirekt infolge seiner Kommunikation mit den Venen der Kopfhaut in erster Linie der Ansaugung unterliegt. Je nach der Dauer und Intensität der Druckdifferenz sowie nach der Entwicklung der Gefäßwände entstehen im Ansaugungsgebiet Stase, Blutung oder Thrombose. Die Stauung setzt sich dann besonders auf den Sinus rectus und die V. Galeni fort, weniger auf den Sinus transversus, der durch den Sinus sigmoideus einen direkten Abfluß zur Jugularis hat. Diese Verhältnisse konnten auch experimentell nachgeahmt werden. Weiterhin betonen die Verff., daß die Erweichungs- und „Auflockerungsprozesse", die sich im Gefolge der Geburt herausbilden, dieselbe Lokalisation haben wie die Blutungen und sonstigen Folgen gestörter Zirkulation: sie bevorzugen das fronto-parietale und das parieto-occipitale Mark, sind in den Stammganglien selten und verschonen — von seltenen Ausnahmen abgesehen — die Rinde. Das Venenblut der letzteren kann offenbar bei Stauung im Sinus longitudinalis-Gebiet unmittelbar in den Sinus transversus oder cavernosus abfießen (s. o.). Bemerkenswert ist, daß bei Steißlagen außer den typischen Minderdruckblutungen in der Haut des vorliegenden Gesäßteils auch — besonders bei Frühgeburten — extra- und intracerebrale Blutungen am Schädel, ja bisweilen V. terminalis-Blutungen beobachtet werden. Die Verff. glauben dies durch die intrauterinen Druckschwankungen erklären zu können, die beim Austritt des nachfolgenden Kopfes, der den Muttermund kugelventilartig verschließt, auf diesen wirksam werden, indem der verringerte intrauterine Druck in der Wehenpause einen relativen Minderdruck darstellt. *Fr. Wohlwill.*

Pólya, Jenö: Beitrag zur Frage der traumatischen Epilepsie. Magyar orvos Jg. **6**, Nr. 24, S. 524—526. 1925. (Ungarisch.)

Sowohl vom chirurgischen, als auch neurologischen Standpunkte sehr lehrreicher Fall eines 9jährigen Knaben, welcher im Alter von 1 Jahre durch Sturz vom Stuhle eine Läsion der rechten Schädelhälfte erlitt, doch ohne sichtbare Verletzung. Seither Auftreibung der rechten Schädelhälfte mit Knochendefekt; seit dem 8. Jahre Jacksonanfälle der linken Extremitäten, welche in der linken Hand beginnend, sukzessive Arm und Bein ergreifen, später in allgemeine Zuckungen übergehen, und auch zeitweise mit Bewußtlosigkeit einhergehen. Bei der Aufnahme täglich 3—10 Anfälle; nach jedem Anfalle, auch nach Rückkehr der Besinnung verbleibt ca. halbstündige spastische Lähmung der linken Extremitäten. Faustgroße Vortreibung des rechten Parietalknochens, mit 12 cm langem, fingerbreitem Knochendefekt. Aus der eingehenden chirurgischen Beschreibung der Operation interessiert den Neurologen: Nach Entfernung des Periosts wird eine papierdünne Cystenwand sichtbar, welche einreißt und eine ca. faustgroße Cyste freilegt, aus welcher reichlicher Liquor abfließt; trotz eintretender Herzschwäche läßt Verf. die Cyste nicht im kollabierten Zustande, um eine Wiederfüllung derselben zu vermeiden. Nach Freilegung ergibt sich, daß die Cyste mit dem rechten Seitenventrikel kommuniziert, in letzterem schwebt frei der Plexus. Beim Versuche, die Gefäße des Plexus zu unterbinden, reißt derselbe ab, doch tritt keine Blutung ein, und der Stumpf des Plexus zieht sich zurück. Die vom Knochen freigelegte Cystenwand bildet mit dem anliegenden Hirnrindenteil ein 2—3 mm dickes Gewebe, welches nach Freilegung der dem Knochen anhaftenden Wandteile in die Höhle der Cyste versenkt wird, und die Wunde fand Deckung durch die Galea. Die rasche Beendigung war durch zunehmende Herzschwäche geboten und wegen Ausbleibens

Digitized by Google

der Respiration, welche eine künstliche Atmung während 10 Min. erheischt. Nach der Operation Puls bloß an der Carotis fühlbar. Trotz Heilung per primam hat Patient hohes Fieber 14 Tage hindurch; am 1. Tage Schwäche der linken Extremitäten, welche für mehrere Tage in Ataxie übergeht. Nach Abklingen des Fiebers ist Patient lebhaft, Parese und Ataxie schwinden; seit der Operation anfallfrei, und auch ca. 3 Jahre später noch immer total frei von Anfällen, beendet Volksschule mit gutem Erfolg und ist bei bestem Wohlbefinden in landwirtschaftlicher leichter Arbeit tätig. Neurologischer Befund unmittelbar nach der Operation: rechte Pupille weiter, mit träger konsensueller Reaktion, Parese des rechten Facialis, beiderseits lebhafte Reflexe, links Andeutung von Babinski, ebenda Oppenheim, Rossolimo, Bechterew positiv; Hypertonie beider Beine, beiderseits pes equino-varus. Nach Jahren alle diese Symptome verschwunden.

Epikritisch betont Pólya die Seltenheit derartiger Veränderungen, die Vorteile der Duraplastik; daß bisher insgesamt 11 Fälle von Plexusentfernung bekannt sind, unter welchen sein Fall nur der 3. überlebende ist, daß diese Entfernung den Vorteil einer Verhinderung einer Liquorfistel hat; schließlich hebt er den glänzenden Erfolg der Operation hervor. Endlich betont P. die besondere Wichtigkeit, daß alle Fälle von Epilepsie, auch die scheinbar nicht traumatischen einer individuellen Kritik unterzogen und evtl. bei gegebenen Erscheinungen einem chirurgischen Eingriffe zugeführt werden. *Karl Hudovernig* (Budapest).

Ventra, Carmelo: Autonomia clinica e patogenesi vegeto-endocrino-emotiva della nevrosi traumatica. (Die klinische Selbständigkeit und die vegeto-endokrin-emotive Pathogenese der traumatischen Neurose.) Manicomio Jg. 38, Nr. 3, S. 209—260. 1925.

Nach Ventra stellt die traumatische Neurose eine selbständige klinische Einheit dar, die sich symptomatologisch von den hysterischen, neurasthenischen u. a. Neurosen, die im Gefolge eines Traumas auftreten können, gut unterscheiden läßt. Die Pathogenese der traumatischen Neurose im Sinne Ventras ist zu suchen in einer primären Störung der vegeto-endokrin-emotiven Sphäre, die bei einer bestimmten Prädisposition durch die emotive Wirkung des Traumas zustande kommt; die psychischen Störungen sind bedingt durch diese physiopathischen Vorgänge. (Die Darlegungen Ventras sind gekünstelte Spekulationen, die die Lange-James-Theorie von den Gefühlen mit Vorgängen im Endokrinium, von denen wir ja heute mehr vermuten als tatsächlich wissen, zusammenschweißen und eine klinische Krankheitseinheit begründen sollen, deren symptomatologisch spezifische Struktur eine den Erfahrungen widersprechende Abstraktion des Autors ist.) *Ed. Gamper* (Innsbruck).

Buhtz, Gerhard: Die rechtliche Stellung der Unfallneurosen auf Grund der Reichsversicherungs-Ordnung. (*Inst. f. gerichtl. Med., Univ. Greifswald.*) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 83, H. 3/4, S. 201—227. 1926.

Buhtz weist an der Hand einer größeren Zahl z. T. älterer Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes nach, daß auch jetzt schon für die große Masse der sog. Unfallneurosen ärztlicherseits die Verursachung der Beschwerden durch den Unfall abgelehnt werden kann, da ein ursächlicher Zusammenhang vom RVA. in all den Fällen nicht angenommen wird, in denen die Veranlagung des Betreffenden oder der eigentliche Rentenkampf eine wesentliche Ursache der Beschwerden ausmachen oder der Zusammenhang nicht als „sehr wahrscheinlich" bezeichnet werden kann.

Stier (Charlottenburg).

Spezielle Psychiatrie.

Epilepsie, Kinderkrämpfe:

Jelenkiewicz, Lucjan: Experimenteller Beitrag zur Entstehungsweise der Epilepsie. Medycyna doświadczalna i społeczna Bd. 5, H. 3/4, S. 188—200. 1925. (Polnisch.)

Durch Zufall konnte festgestellt werden, daß intravenöse Injektion von 10 ccm 10proz. Chlorammonlösung bei einem nicht epileptischen Individuum einen typischen epileptischen Anfall hervorgerufen hat. Kontrollversuche, an Kaninchen angestellt, ergaben folgende Resultate: 1. 3 ccm 10proz. Chlorammon- resp. 5 ccm 10proz. Brom-

Digitized by Google

ammonlösung, in die Ohrvene injiziert, brachten ein eigenartiges Krampfsyndrom, dem menschlichen epileptischen Anfall ganz ähnlich, wogegen sogar 15 ccm einer 10proz. Natriumbicarbonatlösung keine Krämpfe verursachten. 2. Nachherige Injektion von NH_4Cl gab jedoch einen typischen Anfall, sogar $^1/_5$ ccm einer 10proz. NH_4Cl-Lösung brachte, suboccipital appliziert, heftige epileptiforme Anfälle. 3. In derselben Form eingespritzte Kochsalzlösung (0,6 ccm 10proz.) rief zwar große Unruhe mit choreatisch-myoklonischen, aber keine epileptischen Bewegungen hervor. Erst bei etwa 50 ccm dieser Lösung stellten sich epileptiforme Krämpfe ein, die jedoch keine Ähnlichkeit mit den typischen Ammonkrämpfen hatten. 4. Die Cerebrospinalflüssigkeit des krampfenden Kaninchens, suboccipital einem gesunden Kaninchen appliziert, erwies sich nicht krampferregend. 5. Die Wirkungslosigkeit der peroralen Darreichung von Ammonsalzen erklärt sich Verf. durch Zersetzung der Salze von der Leber vor dem Erreichen der Nervensubstanz. Die Ammonstoffwechselstörungen scheinen einen wichtigen pathogenetischen Faktor in der Entstehung epileptischer Anfälle darzustellen. Unlängst haben Bisgaard und Noervig bei Epileptikern präparoxysmale NH_3-Dysregulation feststellen können. *Higier* (Warschau).

Cuneo, Gerolamo: Studi sulla patogenesi dell'epilessia VI. Della protoalbumosa e delle sue relazioni con le crisi epilettiche e con le crisi insuliniche. (Studien über die Pathogenese der Epilepsie. VI. Über die Protoalbumose und ihre Beziehungen zu den epileptischen Anfällen und den Insulinkrämpfen.) *Istit. sup. di med. veterin., Milano.*) Note e riv. di psichiatr. Bd. **13**, Nr. 3, S. 463—479. 1925.

Verf. setzt seine in früheren Publikationen (vgl. dies. Zentrlbl. **42**, 212) mitgeteilten Untersuchungen fort, die ihn zu der Hypothese führten, daß der epileptische Anfall das Ergebnis einer Albumosurie sei, die dadurch zustande komme, daß der Zuckerspiegel im Blute zu niedrig sei, um die Albumosen des Blutes durch Verbindung mit ihnen zu Seroalbumin zu binden und unschädlich zu machen. Zur Stütze der schon früher ausgesprochenen Vermutung, daß das Insulin als Albumose zu betrachten und daraus seine zuckerbindende und krampferregende Wirkung zu erklären sei, stellte der Autor Tierversuche mit einer durch proteolytische Verdauung von Nahrungseiweiß gewonnenen Proteoalbumose an. Diese Proteoalbumose hat durchwegs dieselben chemischen Eigenschaften wie die Albumose, welche der Verf. im Blute von Epileptikern zur Zeit des Anfalls nachweisen konnte, und dieselben wie das Insulin. Sie stimmt aber auch mit dem Insulin in der physiologischen Wirkung überein: die wachsartige Modifikation der Protoalbuminose wirkt krampferregend und senkt gleichzeitig den Blutzuckerspiegel auf 0,5—0,4‰. Die flockige Modifikation dagegen senkt den Blutzuckerspiegel nur auf 0,6‰ und erzeugt keine Anfälle, sondern toxische Erscheinungen, die Verf. zur psychischen oder larvierten Epilepsie in Parallele setzt. Die Senkung des Blutzuckerspiegels hat der Autor auch bei echten epileptischen Anfällen festgestellt. Durch Injektion von Glucoselösung ließen sich 19 Fälle von Epileptikern mit täglichen Anfällen durch 26 Tage anfallsfrei machen. — Den Ergebnissen seiner Untersuchungen entsprechend vermutet Cuneo, daß die Albuminose des Epileptikerserums, seine wachsartige Protoalbumose und das Insulin identisch seien, und beabsichtigt nun die Wirkung seiner Protoalbumose auf Diabetiker zu erproben.
Erwin Wexberg (Wien).

Ratner, J.: Pathogenese und Klinik der Epilepsie. Sovremennaja psichonevrologija Jg. **1**, Nr. 6/7, S. 92—99. 1925. (Russisch.)

Die Eingeweidewürmer beeinflussen oft nicht bloß die Hirnrinde, sondern auch das endokrine System toxisch-epileptogen. Wo man bei Epilepsie deutliche Veränderungen der Blutformel oder des vegetativen Nervensystems findet, dort sind sie eher auf das veränderte Endocrinium als auf die Epilepsie als solche zurückzuführen. Die zielbewußte anthelminthische Therapie beweist die Richtigkeit dieser These. 14 Fälle werden angeführt. *Higier* (Warschau).

Digitized by Google

Hopmann, R.: Die galvanische Muskelerregbarkeit bei Epilepsie. (*Psychiatr. Klin., Univ. München.*) Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 52, S. 2498—2499. 1925.

Hopmann hat bei 8 Epileptikern die galvanische Erregbarkeit fortlaufend vor und nach den Anfällen geprüft und keine gleichsinnigen Änderungen gefunden. Nur bei einer Epileptica fand er im Stat. epilept. eine Herabsetzung der indirekten galvanischen Erregbarkeit, was auf eine Alkalose der Gewebe hinweist, wie sie auch bei der durch Hyperventilation hervorgerufenen Epilepsie (Foerster) vorauszusetzen ist. *E. Redlich* (Wien).

Gilles, André, et René Carriat: Données psychanalytiques chez un épileptique. (Psychoanalytische Ergebnisse bei einem Epileptiker.) Ann. méd.-psychol. Jg. 83, Bd. 2, Nr. 5, S. 428—442. 1925.

40jähriger Epileptiker; seit Geburt besteht ein Klumpfuß. Seit dem 17. Jahr epileptische Anfälle, große und kleine, mit starker psychischer Abschwächung, postparoxysmellen psychischen Störungen, Fugueszuständen usw. Seit 4 Jahren verschiedene Phobien. Ein epileptischer Dämmerzustand ergibt durch Analyse der Äußerungen des Kranken, daß hier im Sinne der psychoanalytischen Schule sexuelle Abweichungen (Ödipuskomplex usw.) bestehen; in gleicher Richtung bewegt sich die Analyse der Träume, wobei freilich nur mit Vorbehalt eine Psychogenese der Phobien versucht wird. Diese Zurückhaltung gegenüber Freud zeigt sich auch darin, daß die Autoren das Sistieren der Anfälle weniger auf die Psychoanalyse als auf die Verabreichung des Gardenal (Luminal) zurückführen. *E. Redlich* (Wien).

Rouquier, A., et H.-J. Vuillaume: Hystérie convulsive ou épilepsie; associations et formes de passage. (Krampfhysterie oder Epilepsie. Ihr Zusammenvorkommen und Übergangsformen.) Paris méd. Jg. 16, Nr. 5, S. 104—109. 1926.

Es gibt Übergänge zwischen epileptischen und hysterischen Krämpfen, so grundverschieden auch epileptische und hysterische Anfälle sind. Bei Hysterischen und Epileptischen ist allerdings die psychische Grundlage ungefähr die gleiche: bei beiden finden sich völlig identische oder analoge konstitutionelle psychopathische Züge. Bei dem gleichen Individuum können organische (epileptische) und funktionelle (hysterische) Anfälle vorkommen, die dann evtl. nicht voneinander zu unterscheiden sind.

Kurt Mendel.

Robles Gorriti, Carlos M.: Epilepsiebehandlung mit Gardenal. Semana méd. Jg. 32, Nr. 53, S. 1680. 1925. (Spanisch.)

18jähriger Sohn eines Alkoholikers und einer diabetischen Mutter. Seit dem 8. Lebensjahre epileptische Anfälle, seit 1 Jahr täglich schwere Krampf- und abortive Anfälle. Ende Juni Beginn der Behandlung mit Gardenal (Phenylaethylmalonilharnstoff). Von Mitte Juli an erhebliche, auch physische Besserung; im August bis zum Berichtstag (9. IX.) kein ausgeprägter epileptischer Insult, Andauern der Besserung des geistigen Zustandes.

Pfister (Berlin-Lichtenrade).

Idiotie und Imbezillität, tuberöse Sklerose:

Moll, Albert: Das Sexualleben bei Imbezillen und Psychopathen. Hilfsschule Jg. 19, H. 1, S. 1—16. 1926.

Gemeinverständlicher Vortrag für Hilfsschullehrer. Energische Zurückweisung der von Magnus Hirschfeld und dem Wissenschaftlich-humanitären Komitee verbreiteten Irrlehre, daß ein homosexuell empfindendes Kind unrettbar der Homosexualität verfallen sei, und daß man den von Kind auf Homosexuellen von dem Heterosexuellen mit Sicherheit unterscheiden könne. *Homburger* (Heidelberg).

Rösgen, Peter: Untersuchungen über die Begriffsbildung bei Hilfsschülern. (*Psychol. Inst., Univ. Köln.*) Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 53, H. 1/3, S. 1—62. 1925.

Der Kernpunkt der Arbeit ist eine Untersuchung über das unmittelbare Behalten und dessen Beziehungen zur Begriffsbildung. Das unm. Beh. findet bei verschiedenen Materien verschieden große Schwierigkeiten, die sich in folgende Reihe ordnen lassen: unbekannte Gegenstände, Abstrakta, Laute, Konkreta, Ziffern, bekannte Gegenstände, Satzganze. Die Unterschiede sind in der Möglichkeit und der Art der Komplexbildung begründet; mitbestimmend ist der Faktor der Bekanntheit. Für die Höhe der Leistung spielt auch die sprachmotorische Geschicklichkeit eine Rolle; unwesentlich ist demgegenüber das beanspruchte Sinnesgebiet oder die Mehrzahl solcher. — Die Gesamt-

Digitized by Google

leistung im unm. Beh. und die Gesamtleistung in der Begriffsbildung haben die Korrelation 0,70; ihr stehen nahe die Korrelationen der Oberbegriffsleistung und der Leistung im Definieren abstrakter Begriffe, ebenso die zwischen Satzganzen und Begriffsbildung. Die Bildung der Oberbegriffe geht bei den Schwachsinnigen auf den gleichen Lösungswegen vor sich, die O. Selz bei den Normalen nachgewiesen hat. Die Versuchsanordnung und die Einzelheiten der Ergebnisse müssen im Original nachgelesen werden. *Homburger* (Heidelberg).

Vidoni, G., e I. Gobbi: Relazione su le „scuole autonome" del comune di Genova. (Bericht über die Hilfsschulen der Gemeinde Genua.) Note e riv. di psichiatr. Bd. **13**, Nr. 3, S. 415—437. 1925.

Für die Schulerziehung kommen — nach Aussonderung der schwersten Fälle von „Phrenasthenie" und der Psychopathen, die ins Gebiet des Irrenarztes gehören, sowie der jugendlichen Delinquenten — 2 Klassen psychisch abnormer Kinder in Betracht: 1. die „falschen Anormalen", das sind diejenigen, die infolge körperlicher Defekte oder Krankheiten nicht mitkommen; 2. die „wahren Anormalen", das sind die Debilen und Unsteten. Während die ersteren in Sonderklassen nach dem allgemeinen Schulplan unterrichtet werden mit dem Ziele, nach Möglichkeit wieder in die gemeinsamen Klassen eingereiht zu werden, werden die letzteren den „autonomen Schulen", unseren Hilfsschulen entsprechend, überwiesen, wo sie nach einem besonderen Plane unterrichtet und für ein Handwerk vorbereitet werden. Die Entlassung erfolgt in die Familie zurück. Die Gemeinde Genua besitzt 2 Hilfsschulen, deren Einrichtungen näher beschrieben werden. *Reich* (Breslau).

Marinesco, G.: Contribution à l'étude anatomo-clinique et à la pathogénie de la forme tardive de l'idiotie amaurotique infantile. (Beitrag zum anatomisch-klinischen Studium und zur Pathogenese der Spätform der infantilen amaurotischen Idiotie.) Bull. de la sec. scient. de l'acad. roumaine Jg. **9**, Nr. 7/8, S. 119—145. 1925.

Marinesco fügt zu den bisher unterschiedenen 2 Formen der amaurotischen Idiotie, der infantilen (Tay-Sachs) und der juvenilen (Spielmeyer-Vogt), eine dritte Form hinzu, bzw. er trennt die infantile Form in eine Früh- und eine Spätform (infantile précoce und infantile tardive) und benennt letztere nach Bielschowsky. Sie befalle nicht Säuglinge, sondern Kinder in den ersten Jahren, nicht nur Juden, und schädige ganz besonders das Kleinhirn. Es handle sich aber nur um 3 Formen derselben Krankheit mit ihrer bekannten Trias.

G. M., 6 Jahre alt, nur 30 Tage vor dem Tode beobachtet, epileptisch belastet, bis auf ein Zurückbleiben der Sprache normal entwickelt, erkrankt mit 4 Jahren mit wiederholten epileptischen Anfällen. Danach zunehmender Verfall der Intelligenz, der Motilität, der Sprache, schließlich Amaurose; Babinski, Verlust der Bauchreflexe. Liquor normal. Fundus nicht untersucht. Zuletzt Fieber, angeblich von Hautaffektionen her. Exitus Sommer 1914. Starke Volumabnahme der Hemisphären, besonders der Occipitallappen, noch mehr des Kleinhirns. Die mikroskopischen Veränderungen entsprechen im wesentlichen den schon früher, besonders auch von Bielschowsky beschriebenen. Nur das Wichtigste davon kann angeführt werden. Betroffen sind die meisten Zellen des Zentralnervensystems, einschließlich des Kleinhirns, aber die Blähung der Zellen ist nicht so stark wie bei der Tay-Sachsschen Form. Auch die Maße der Rückenmarks- und der Purkinje-Zellen bleiben hinter den bei der Forme précoce gemessenen zurück. Am wenigsten betroffen scheinen die Zellen der Fascia dentata. Überall beginnt die Aufblähung an der Zellbasis, betrifft auch die basalen Dendriten und das Axon, während Spitzen- und Seitendendriten lange verschont bleiben. Nur ausnahmsweise finden sich auch an basalen Dendriten Ballons. Besonderen Wert legt M. auf die Feststellung, daß die Form-, Volum- und Inhaltsveränderungen des seitlich oder nach der Spitze verschobenen Kerns sekundär sind, Folgen der Vermehrung der intracellulären osmotischen Spannung. Ungewöhnlich sei das Vorkommen eines acidophilen paranucleären Körperchens in den Thalamuszellen, im Locus niger und im Locus coeruleus. Eine besondere Bedeutung will M. diesem Körperchen nicht beimessen, er betont aber, daß es vor ihm noch von niemandem beschrieben sei und daß es sonst bei Kindern nicht vorkomme. Im Rückenmark finde man nur im Seitenhorn weniger veränderte oder auch normale Zellen. In manchen geschrumpft erscheinenden Zellen, besonders im Occipitallappen, erinnern die Fibrillenveränderungen, wie Abbildungen zeigen, sehr an die Alzheimersche Fibrillenerkrankung, was Bielschowsky schon gesehen, aber nicht genügend betont habe. Besonders im Kleinhirn scheinen manche Zellen aus einer zentralen

Digitized by Google

Region mit erhaltenen Neurofibrillen und aus einer peripheren geblähten, der Neurofibrillen beraubten Region, in der sich Lipoide anhäufen, zu bestehen. Die pericellulären Nester, die Kletterfasern, die von den Korbzellen ausgehenden Tangentialfasern und die Moosfasern sind nicht mehr nachweisbar. Weil in vielen Zellen bei fast erhaltenem oberflächlichen Netz das tiefe endocelluläre Netz schwer verändert ist, nimmt M. an, daß der Ursprung des Prozesses in der Zelle selbst zu suchen sei. Mit der Herxheimer-Methode lassen sich in der geblähten Zellgegend mit Scharlach färbbare Körnelungen nachweisen, die mit Osmium sich nicht schwarz färben und Ähnlichkeit mit dem gelben Pigment haben, aber nur bei der Bielschowskyschen, nicht bei der Tay-Sachsschen Form. Als auffallendste Veränderung findet sich im Kleinhirn eine Überladung der peripheren Region der Purkinje-Zellen mit gelb-orange gefärbten Körnern, dann das Vorkommen von ebenfalls mit Körnern gefüllten Säckchen verschiedener Form und Größe im Verlauf der Hauptdendriten. Als refraktär erweisen sich die Zellen bei der Spätform gegenüber dem Heidenhainschen Hämatoxylin. Zweifellos handle es sich bei diesen Körnelungen um Lipoide cellulären Ursprungs, unter denen das Lecithin eine besondere Rolle spiele und die vielleicht aus Lipoproteiden oder aus den Mitochondrien hervorgehen bzw. aus den Neurosomen und den fuchsinophilen Körnern. Aber das Problem dieser Körnelungen sei noch dunkel. Nach der Alzheimerschen Methode sehe man die fuchsinophilen Körner selten im Cytoplasma der Rindenzellen, ziemlich oft im Hauptdendrit und auch im interstitiellen Gewebe; reichlich aber seien sie in den perineuralen, interstitiellen und vor allem in den perivasculären Gliazellen enthalten. Ganz allgemein nehme in dem Maße, in dem die Blähung der Nervenzellen deutlich werde, die Zahl der Lipoidkörner zu, die der Mitochondrien ab. Doch kommt M. bezüglich der Natur der Mitochondrien und der Neurosomen — von Biondi werden sie für identisch gehalten — und bezüglich ihrer Beziehungen zu den fuchsinophilen Körnern zu keinem bestimmten Ergebnis. Glykogen konnte M. nach der Bestschen Methode nachweisen, aber nur in den Gliazellen und ihren Fortsätzen, sowie in der Gefäßwand, nicht in den Nervenzellen. In den Gliazellen der oberflächlichen Schichten werden hauptsächlich die feinen Protoplasmaverästelungen zerstört, in den tiefen Schichten nimmt die Glia einen faserigen Typ an, wobei es zu monströsen Zellbildern kommen kann. Maximum der Gliaveränderungen im Kleinhirn. Helds Meinung, die protoplasmatische Glia bilde ein wirkliches Syncytium, kann M. mit der elektiven Gliafärbung Cajals nicht bestätigen. M. kann sich nicht entschließen, alle Gliaveränderungen für primär zu halten, es handle sich vielmehr auch um sekundäre Gliaveränderungen infolge der Veränderung der Fermente des Neuronkörpers, und auch die Glykogenüberladung der Gliazellen komme dadurch zustande, daß es in den Nervenzellen nicht gebraucht werde.

Differentialdiagnostisch gegenüber der Frühform stellt M. zusammen, daß bei der Spätform die Blähung der Zellen geringer ist und in den Dendriten nur an der Basis vorkommt, weiter, daß die Fibrillen eine bei der Frühform nicht bekannte Veränderung erleiden, die an die senile Demenz vom Alzheimer-Typ erinnert, und zwar in der ganzen Hirnrinde mit Ausnahme des Ammonshorns, endlich, daß bei der Spätform die Zellen mit sudanophilen Lipoiden überladen sind. Entgegen anderen Theorien will M. die ganze Affektion nicht nur morphologisch, sondern auch vom Standpunkt unserer Kenntnisse von den Kolloiden und Fermenten betrachten. Zwar sucht er nicht wie Bielschowsky die Grundstörung in der Glia bzw. in deren vegetativem Mechanismus, der nicht mehr zur Ernährung der Nervenzelle genüge, aber er erklärt die Anhäufung der Lipoide und die dadurch hervorgerufene Blähung der Nervenzellen durch Insuffizienz der Glia bzw. durch eine Störung der Fermente, was er schon vor Bielschowsky ausgesprochen und auch durch Tatsachen begründet habe, nämlich durch den Nachweis 1. einer fortgesetzten Reduktion der oxydierenden Fermente, 2. des Verschwindens des Eisens in den veränderten Regionen und 3. der Läsionen in den Mitochondrien. Nach einiger Polemik gegen Bielschowskys und Schaffers Anschauungen kommt M. auf seine eigene These zurück, daß die Zellveränderungen der Ausdruck der Steigerung der intrazellulären osmotischen Spannung seien, daß es sich aber dabei nicht um das physikalische Phänomen der Hydrophilie des kindlichen Nervensystems handle, sondern um das chemische Phänomen der Hydrolyse, das die Lipoproteide trenne und eine Spaltung der Proteine verwirkliche, ohne daß man das Ende dieser Spaltung kenne. M. meint, die Proteidmoleküle werden in Albumosen oder Polypeptide transformiert, die Zahl der organischen Partikel nehme fortschreitend zu und führe eben dadurch zur Vermehrung der osmotischen Spannung und zur Wasseranschwemmung im Cytoplasma. Auch die Mitochondrien trügen durch Spaltung zur Bildung von Lipoiden bei. Fraglich sei die erste Ursache der Proteolyse und der Lipolyse, fraglich sei auch,

Digitized by Google

weshalb dem Zerfall der großen Moleküle nicht ein Wiederaufbau folge. Hier könne man nur Hypothesen aufstellen, z. B. vom Fehlen oder von der Verminderung eines Antiferments oder von der Verringerung der oxydierenden Fermente. Man könne vielleicht an autoproteolytische Prozesse denken oder gar an Autolyse. Daß die Produktion der Lipoidmassen (genannt Pigment jaune) ein autolytisches Phänomen sei, habe er schon lange betont. Man müsse an eine Art von Selbstverdauung in vivo denken. Daß aus den Lipoproteiden in den Nervenzellen verschiedene vorher nicht nachweisbare Lipoide in Freiheit gesetzt werden, sei das Werk eines Ferments, zu dem wahrscheinlich die Anwesenheit einer Art von Toxin trete, welches die fortschreitende Verminderung der oxydierenden Fermente und die Aktivierung der hydrolytischen Fermente hervorrufe. Die Entstehung dieser toxischen Substanz könne sehr wohl an hereditäre Einflüsse in der Zelle gebunden sein und sei somit wohl vereinbar mit der Annahme der endogenen Natur der amaurotischen Idiotie. Die Anhäufung der Lipoide in den Zellen des Zentralnervensystems bei der amaurotischen Idiotie und das Auftreten des Pigment jaune in den Nervenzellen der alten Leute sind wahrscheinlich Phänomene, die vom gleichen Mechanismus abhängen, mit dem Unterschied, daß der Prozeß bei den Jungen sich viel rapider abspielt und daß die Schwellung beträchtlicher ist infolge der Hydrophilie des kindlichen Nervensystems, während beim Erwachsenen und beim Greis der Wassergehalt des Neurons mehr und mehr abnimmt. Nach Stellungnahme zu anderen Arbeiten über die Spaltung der Lipoproteide usw. hält M. sich für berechtigt, die pathologischen Prozesse in den Nervenzellen bei der amaurotischen Idiotie als einen Prozeß der Autoprottelyse und der Lipolyse zu betrachten infolge einer Störung des Gleichgewichts der Enzymtätigkeit, und zwar ursprünglich der intrazellulären Fermente des nervösen Cytoplasma. Die Biochemie der amaurotischen Idiotie sei bestimmt, unsere Kenntnisse über das so dunkle Problem der Heredität und des funktionellen Aufbrauchs zu bereichern. *Scharnke* (Marburg).

Progressive Paralyse, syphilitische Geisteesstörungen, Trypanosomenkrankheiten:

Gerson, W.: Ein Beitrag zur Häufigkeit der Paralyse und ihre Verteilung auf die verschiedenen Lebensalter. (*Städt. Irrenanst., Herzberge.*) Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 27, Nr. 45, S. 455—459. 1925.

Die Statistik der Krankenaufnahmen an der Irrenanstalt Herzberge in den Jahren 1900—1924 ergibt ein Absinken der Zahl von Zugängen an Paralysekranken seit dem Jahre 1917. Ein endgültiger Schluß auf Abnahme der Paralyseerkrankungen überhaupt erscheint dem Verf. aus dieser Statistik noch nicht möglich. Die Häufigkeit des Auftretens der Paralyse hat sich nach einem höheren Lebensalter verschoben. *Bluhm* (Berlin).

Coenen, Philipp: Progressive Paralyse und Mesaortitis syphilitica. (*Pathol. Inst., Univ. Bonn.*) Klin. Wochenschr. Jg. 5, Nr. 1, S. 22—23. 1926.

Von 147 Paralysefällen der Heil- und Pflegeanstalt Bonn, die von 1919—1925 seziert wurden, zeigten 42,9% syphilitische Aortenveränderungen, von 191 von 1908 bis 1914 sezierten Paralysefällen nur 22%. Es hat also eine starke Zunahme der syphilitischen Aortenveränderungen gegenüber den Vorkriegsjahren stattgefunden, deren Ursache unbekannt ist. Bemerkenswert ist es aber, daß Gürichs und Finger eine Zunahme der syphilitischen Aortitis überhaupt seit der Salvarsantherapie beobachteten. *W. Runge* (Chemnitz).

Harris, J. S.: A simple test of diagnostic value in general paresis. (Eine einfache diagnostisch wertvolle Probe bei progressiver Paralyse.) Brit. med. journ. Nr. 3395, S. 136—137. 1926.

Zu 1 ccm Liquor werden 0,3 ccm Eisessig gegeben; nach kräftigem Schütteln tropfenweise 0,8 ccm konzentrierte Schwefelsäure. Bei positivem Ausfalle der Reaktion nimmt der Liquor eine lila Färbung an, bei negativem eine braungelbe oder rotgelbe. Die Lilafärbung (Betrachtung der Eprouvette gegen weißen Hintergrund) tritt sofort bei Zusatz der Schwefelsäure auf, hält sich gewöhnlich 4—5 Minuten, kann aber manchmal auch schon nach einer Minute

Digitized by Google

wieder schwinden, so daß man die Probe, sobald der Schwefelsäurezusatz erfolgt ist, sofort überwachen muß.

Unter 92 Fällen von p. P. war diese Reaktion in 97% positiv; WaR. bei derselben Serie in 100%, Lange in 91%, Eiweißvermehrung in 98% und Pleocytose in 99% positiv. Von den 3 Paralytikern mit negativer Eisessig-Schwefelsäurereaktion waren 2 atypische, ganz initiale Fälle; in einem anderen Falle war diese Probe positiv bei negativem Ausfalle der WaR., die erst bei einer späteren Untersuchung auch positiv wurde. Positiv fiel die neue Reaktion auch in 40% von Neurolues ohne p. P. aus, und in einem Falle seniler Demenz unter 83 verschiedenen nicht paralytischen Psychosen. Malariabehandlung änderte nichts an der Reaktion, auch in Fällen, deren WaR. durch die Therapie abgeschwächt worden war. Überhaupt kein Parallelismus zwischen Intensität der Eisessig-Schwefelsäurereaktion und der der WaR. im Liquor. Die Reaktion hängt wahrscheinlich mit der Anwesenheit von Cholesterol im Liquor zusammen. Verf. empfiehlt die Methode als sehr zuverlässig und schnell und einfach ausführbar.

Alexander Pilcz (Wien).

Špringlová, Marie: Histologischer Befund bei zwei juvenilen progressiven Paralysen. Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 51, S. 1833—1840 und Nr. 52, S. 1880—1884. 1925. (Tschechisch.)

Die juvenile Taralyse entsteht auf der Basis einer kongenitalen Lues. Die Annahme, die juvenile P. p. sei der Ausdruck einer rein endogenen Disposition, ist unhaltbar. Es besteht die Neigung zur Ansicht einer „Sypilis à virus nerveux". Ein wesentlicher Unterschied zwischen juveniler Paralyse und der Paralyse der Erwachsenen besteht in dem häufigeren Auftreten von zwei- und mehrkernigen Purkinjezellen und in Veränderungen an ihren Dendriten.

O. Wiener (Prag).

Hoff, Hans, und Fritz Silberstein: Experimentelle Untersuchungen über den Wirkungsmechanismus der Malariatherapie. (*Psychiatr.-neurol. Klin. u. exp. pathol. Inst., Univ. Wien.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **48**, H. 1/2, S. 6—12. 1925.

Zur Prüfung der Schwankungen des Opsonintiters bei Paralyse wurde vor, während und nach der Malariakur, wie auch in der Remission der Gehalt an Bakteriotropinen für Staphylokokken, Streptokokken, sowie Colibacillen im Serum geprüft und dabei festgestellt, daß deren Gehalt durch die Malariakur im Serum im 1. Fieberanfall, im Liquor dagegen erst im 3. Anfall ansteigt, seine Höhe im 5. Fieberanfall erreicht und sich auf dieser Höhe auch während der Remission hält. Es kommt im Gefolge einer Malariakur zum Übertritt von Cholera- bzw. Typhusagglutininen vom Blut in den Liquor. Während Liquor und Leukocyten unbehandelter Fälle keine Wirkung auf die Spirochäten ausüben, zeigten solche behandelter Fälle Unbeweglichkeit der Spirochäten im Dunkelfeld nach 2 Stunden. Bei Überimpfungsversuchen an Kaninchen wurde festgestellt, daß luetische Hodenpartikelchen, die der Wirkung von Liquor und Leukocyten behandelter Fälle ausgesetzt waren, ihre Infektiosität einbüßten. Die Verff. schließen daraus, daß durch die Malariatherapie Abwehrkräfte mobilisiert werden, die in den Liquor und das Zentralnervensystem einzudringen vermögen, und die Spirochäten unter Einwirkung des Liquors und der Leukocyten infolge der Behandlung zerstört werden.

M. Meyer (Köppern i. Ts.).

Kutzinski, Arnold: Beitrag zur Paralysebehandlung. Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 2, S. 46—48. 1925.

Im 1. Fall einseitig reflektorische Pupillenstarre, Sehnenreflexdifferenzen, Sprach- und Schriftstörung, psychisch apathisch depressiver Zustand mit phantastisch-hypochondrischen Vorstellungen. Serologisch positiver Befund aller 4 Reaktionen. Im Anschluß an Neosalvarsanbehandlung nach Dosis 4 ein als Anaphylaxie bezeichneter Zustand mit schweren Hautveränderungen — urticariaartigem Exanthem, starkem Ödem an Gesicht, Augenlidern und Ohren, Temperaturen bis zu 40° — anfangs leicht getrübtem Sensorium, Eiweißspuren im Urin. Lytische Entfieberung unter Schuppung. Abgesehen von Pupillenstörung klingen die übrigen neurologischen Symptome sämtlich ab, psychisch wird Patient normal und arbeitsfähig und bleibt es auch noch nach 4 Jahren. WaR. im Blut negativ. Der differentialdiagnostisch sehr schwierige Fall spricht für die Bedeutung der Erzeugung hohen Fiebers zwecks

Digitized by Google

Anregung von Eiweißabbauvorgängen, die offenbar hier unabhängig von der Art des Mittels bestimmend wirkten. In einem 2. Fall von einfach dementer Paralyse bei völlig negativem serologisch-cytologischem Befund hatte der Kranke 8 Jahre nach einer nur unvollständig mit Hg-Injektionen behandelten Lues eine Malaria im Feld durchgemacht. Verf. glaubt im Sinn von Steiner daraus schließen zu können, daß auch prophylaktische Malariaimpfung den Ausbruch der Paralyse oder Tabes nicht unbedingt verhindert. *Meyer* (Köppern i. Ts).

Bálint, A.: Malariabehandlung der progressiven Paralyse. Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 52, S. 1869—1874. 1925. (Tschechisch.)

Es wird über die seit dem Beginn des Jahres 1924 an der Kaschauer psychiatrischen Abteilung betriebene Malariatherapie der Paralyse berichtet. Die Impfung geschah meist der geringeren Inkubationszeit wegen (durchschnittlich 7—9 Tage) durch intravenöse Injektion. Einige Stunden nach der Injektion traten, wahrscheinlich als Reaktion gegen die Einverleibung von körperfremdem Eiweiß, leichte Temperatursteigerungen auf. Die durch die Impfung hervorgernfenen Anfälle waren objektiv und subjektiv nicht so intensiv wie die der echten Malaria. Die Patienten machten in der Regel 8—9 Anfälle durch, die Unterbrechung derselben geschah in der bekannten Weise durch Anwendung von Chinin und Salvarsan. Das Salvarsan hat neben der antiparasitären wahrscheinlich auch eine spirochätozide Komponente. Ein negatives Resultat hatte die Impfung ausnahmslos nur bei Patienten in vorgeschrittenen Stadien der Paralyse. Diese geschwächten Individuen können offenbar gegen die Malariainfektion keine genügenden Abwehrkräfte mehr entwickeln. Von 33 behandelten Fällen konnte in 45,45% eine erfolgreiche Beeinflussung der Paralyse durch die Impfung erzielt werden. Bei den Fällen, in denen eine Liquorkontrolle durchgeführt wurde, konnte auch entsprechend den bekannten Befunden der meisten Autoren (Gerstmann, Hermann und Münzer usw.) eine Besserung des Liquorbefundes festgestellt werden. (Abnahme der Pleocytose und des Eiweißgehaltes, Umwandlung der für Paralyse typischen in eine Lueskurve bei der Goldsolreaktion). *Hans Zweig* (Brünn).

Kafka, František: Veränderung der Paralyse nach Malariabehandlung. Časopis lékařů českých Jg. **65**, Nr. 3, S. 89—92. 1926. (Tschechisch.)

Besprechung eines Falles von progressiver Paralyse, bei dem sich die expansive Form nach Behandlung mit Malaria in einen halluzinatorisch-paranoiden Zustand verwandelte. Dasselbe war charakterisiert durch phantastische Produktion, bei der das paralytische Grundmotiv nicht zu verkennen war. Der Verf. weist auf das seltene Vorkommen dieser durch die Behandlung bedingten Änderung des klinischen Bildes bei dem ihm zur Verfügung stehenden großen Paralytikermateriale hin. *O. Wiener* (Prag).

Créteur, H. M.: A propos du traitement de la paralysie générale par la malaria, suivi de cure aux arsénobenzols ou aux sels de bismuth. (Beitrag zur Malariabehandlung der Paralyse mit anschließender Salvarsan- oder Wismutbehandlung.) Arch. méd. belges Jg. **78**, Nr. 9/10, S. 293—298. 1925.

Seit Ende 1923 wurden 57 Fälle behandelt. Von diesen starben 8. Bei 6 Fällen nimmt Verf. Heilung, bei 21 gute Besserung, bei den übrigen keine Veränderung oder Verschlechterung des Zustandes an. Am auffallendsten war ihm das sehr häufige Negativwerden des Blut-Wassermann nach der angeschlossenen Salvarsan- oder Wismutbehandlung. Im ganzen nichts Neues. *H. Schulte* (Berlin).

● **Kritschewsky, J. L., und K. A. Friede: Die Chemoprophylaxis des Rückfallfiebers und der Trypanosomen-Erkrankungen durch das Stovarsolan.** Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. **29**, Beih. 5, S. 5—51. 1925. RM. 2.40.

Nach Besprechung der vorliegenden Literatur über die Toxizität und die therapeutische Wirksamkeit des Stovarsols (die Verff. neben dem Stovarsolan benutzen), werden die bisherigen prophylaktischen Versuche mit diesem Mittel bei Lues beschrieben. Trotz des relativ ungünstigen Ausfalls dieser Experimente versuchten die Verff. die prophylaktische Wirkung des Stovarsols beim Rückfallfieber. Dabei wurde aber auch die Präventivbehandlung besonders berücksichtigt. Die Versuche wurden vor allem an Ratten, aber auch an Mäusen ausgeführt. Durch ausführliche Versuche der Verff., die in langen Tabellen dargestellt sind, wurde bewiesen, daß bei verschiedener Versuchsanordnung dem Stovarsol eine sterilisierende Wirkung sowohl in bezug auf die Prophylaxe wie die Präventivbehandlung zukommt. *V. Kafka.*

Digitized by Google

Degenerative psychopathische Zustände, Pathographien:

Schneider, Adolf: Untersuchungen über den Körperbau der Psychopathen. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Frankfurt a. M.*) Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. **59**, H. 1/2, S. 104—117. 1925.

Statistik über den Körperbau von 46 Psychopathen: 7 Schizoide, 1 Cykloider, 4 Epileptoide, 17 Haltlose und ethisch Defekte, 17 Reaktiv-labile (Hysterische und Emotive). Der eine Cykloide war pyknisch, die 7 Schizoiden sämtlich asthenisch, athletisch oder dysplastisch, von den 4 Epileptoiden waren 3 athletisch oder dysplastisch, einer asthenisch. Bei den übrigen, biologisch nicht näher charakterisierten großen Sammelgruppen treten Astheniker (14) und Dysplastiker (9) zahlenmäßig am stärksten hervor. (Anmerkung des Ref.: Man sieht, die Resultate des Verf. stimmen mit den unsrigen aufs beste überein. Weshalb der Verf. sie in polemischer Form mitteilt, ist nicht klar. Allerdings glauben wir in der Frage der positiven, negativen oder Teilbeziehungen der bis jetzt nur mit äußerlichen Sammelnamen [z. B. „haltlos", „ethisch defekt"] belegten Psychopathien zu den biologisch bereits näher charakterisierten Gruppen viel vorsichtiger und zurückhaltender sein zu sollen, als Verf. Die über den näheren Umkreis der endogenen Psychosen hinausgreifenden Beziehungen zwischen Körperbau und seelischer Eigenart müssen in erster Linie auf dem in den letzten Jahren vielfach erfolgreich betretenen experimentalpsychologischen Wege fortschreitend geklärt werden. Ältere klinische Bezeichnungen, wie „Haltlose", „Ethisch Defekte", „Emotive", sind für die klinische Praxis gut verwendbar, sagen aber biologisch gar nichts aus und sind deshalb für die Bearbeitung von Körperbaufragen gänzlich auszuschalten.) *Kretschmer* (Tübingen).

Smith, M. Hamblin: The psychopathic personality. (Die psychopathischen Persönlichkeiten.) (*Bethlem roy. hosp., London.*) Journ. of mental science Jg. **71**, Nr. 295, S. 683—694. 1925.

Verf. steht ganz auf psychoanalytischem Boden und schließt seine Darlegungen an eine Arbeit von Ferenczi an. Die geistigen Störungen führt er auf Regression zurück, die bei der Schizophrenie bis auf die kindliche Stufe der Sexualität, bei dem manisch-depressiven Irresein auf die Pubertät zurückgehe, während die psychopathischen Persönlichkeiten leichtere Stufen der Regression darstellen. Entsprechend seiner psychogenetischen Auffassung aller dieser Störungen verspricht er sich viel von psychotherapeutischen Maßnahmen, zu denen er dringend rät. *Reiss* (Dresden).

Ssucharewa, G. E.: Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter. (*Sanatoriumsch., psychoneurol. Kinderklin., Moskau.*) Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. **60**, H. 3/4, S. 235—261. 1926.

6 Fälle von schizoider Psychopathie bei Knaben im Alter zwischen 2 und 14 Jahren werden nach durchschnittlich 2jähriger Aufenthaltsdauer in der Klinik beschrieben und analysiert. Gemeinsam ist allen 1. die autistische Einstellung (Einsamkeit, Menschenscheu, Vorliebe für phantastische Erzählungen und Märchen); 2. die ausgeprägte psychästhetische Proportion: einerseits affektive Flachheit, Indolenz, Lahmheit, Trägheit, mürrisches Wesen, andererseits übertriebene Empfindlichkeit, bis zu Affektexplosionen erhöhte Reizbarkeit, exaltierte Zärtlichkeit und Zuneigung zu den Eltern. 3. Der charakteristische Denktypus mit Neigung zum Abstrakten und Schematischen (Einführung konkreter Elemente erschwert den Denkprozeß) und zu absurden, sonderlingshaften Grübeleien. 4. Die Neigung zum Automatischen (Haften am Angefangenen, Steifigkeit, schwere Anpassung an Neues, zu impulsiven absurden Handlungen, zu läppischem Benehmen, zu Reimereien und stereotypen Wortneubildungen, zu Zwangszuständen und zu erhöhter Suggestibilität. 5. Die ausgesprochene psychomotorische Unzulänglichkeit (schlaffe Haltung, ungenügend modulierte Sprache, Unzulänglichkeit und Manieriertheit von Mimik und Ausdrucksbewegungen, viele überflüssige Bewegungen, Synkinesien, Ungeschicktheit, Plumpheit, Eckigkeit der Bewegungen). — Die

Digitized by Google

Grundmerkmale des Schizoids: Autismus und psychästhetische Proportion sind also ausnahmslos vorhanden; daneben ist das psychomotorische Verhalten differentialdiagnostisch besonders wichtig. Der Körperbau war bei sämtlichen Fällen asthenisch. — Die schizoiden Psychopathien lassen sich sowohl von den schizoidverwandten Mechanismen der normalen Kindheit und Pubertät, wie von den schizophrenen Prozeßerkrankungen (von der letzteren durch den Mangel deletärer Progredienz) abgrenzen. Die normalen Pubertätsveränderungen erinnern in abgeschwächtem Grade sehr an das Bild der schizoiden Psychopathie. Das Vorhandensein einer Psychopathiengruppe mit zur Schizophrenie gemeinsamen Zügen, aber anderer Pathogenese, muß anerkannt werden. Es ist zu vermuten, daß die schizoiden Psychopathien auf dem Boden einer angeborenen Unzulänglichkeit derjenigen Systeme entstehen, welche auch bei der Schizophrenie affiziert werden. *Kretschmer* (Tübingen).

Heuyer, G.: Les signes de fragilité cérébrale des enfants bien doués. (Die Zeichen von Hirngebrechlichkeit der gut begabten Kinder.) Prophylaxie ment. Jg. 1, Nr. 1/2, S. 14—22. 1925.

Es werden einige Formen der psychopathischen Konstitutionen, die konstitutionelle Erregbarkeit, die Stimmungslabilität, die Zyklothymie, die sensitiv-mißtrauische Veranlagung und die degenerativ-phantastische Veranlagung so besprochen und dargestellt, als kämen sie nur oder hauptsächlich bei überdurchschnittlich Begabten vor und als seien sie der Ausdruck einer seelischen „Gebrechlichkeit", und als könne ihre Entstehung oder Entwicklung durch ärztliche Behandlung, „welche auf Kenntnis der Ätiologie und des organo-vegetativen Lebens" aufgebaut ist, und durch Psychoanalyse verhindert werden. Richtig gesehen handelt es sich um intellektuell überdifferenzierte Psychopathen verschiedenster Art und deren richtige erzieherische Behandlung, die ihre Begabungen angemessenen Zielen zuführt. *Homburger* (Heidelberg).

Engel, St.: Schlecht essende Kinder. (*Städt. Krankenanst. u. Säuglingsheim, Dortmund.*) Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. **30**, H. 3/4, S. 270—274. 1925.

Engel empfiehlt zur Behandlung der fast stets neuropathischen Kinder des vorschulpflichtigen Alters, die schlecht essen, nicht Hungerkuren, sondern möglichst Entfernung aus dem nervösen Milieu des Elternhauses — was stets sofort hilft — oder, wenn dies nicht angängig ist, eine erziehliche Behandlung unter maßvoller Berücksichtigung der oft eigenartigen Geschmacksrichtung der Kinder, aber stets mit sofortiger Beseitigung der Milchflasche, um die Voraussetzung für eine verständige Ernährung zu schaffen. *Stier* (Charlottenburg).

Schnizer, v.: Psychopathie, Basedow und Herzanfälle nicht als Dienstbeschädigung anerkannt. Med. Klinik Jg. **22**, Nr. 2, S. 61—62. 1926.

Fall mit nervösen Herzzufällen, die teils auf Tabakmißbrauch, teils auf einer psychopathischen Anlage und teils auf Basedow beruhen. Keine Kriegsdienstbeschädigung. *Kurt Mendel.*

Karpman, Ben: The psychopathology of exhibitionism. (Die Psychopathologie des Exhibitionismus.) (*St. Elizabethshosp., Washington.*) Psychoanalytic review Bd. **13**, Nr. 1, S. 64—97. 1926.

Versuch, den Exhibitionismus wieder als Zwangsneurose mit unwiderstehlichen Antrieben aufzufassen. Es soll sich um eine Art halluzinatorischen Traumzustand handeln, in welchem die Einfühlung für die reale Situation verlorengehe und eine Regression in frühe Kindheitserlebnisse stattfinde. Aus dieser schiefen Auffassung heraus wird allgemeine Straffreiheit für die Delikte der „schwerkranken" Exhibitionisten verlangt. *Raecke* (Frankfurt a. M.).

Bernhard, Heinrich: Über Exhibitionismus. Ein Beitrag zur Symptomatologie der „episodischen Dämmerzustände". (*Inst. f. gerichtl. Med., Univ. Berlin.*) Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. **7**, H. 1, S. 24—37. 1926.

Mitteilung eines interessanten Falles, wo die einmalige Tat in einer Art von Dämmerzustand mit nachfolgender Amnesie geschah. Wenn Verf. weitergehende Betrachtungen über mögliche Beziehungen des Exhibitionismus zu epileptoiden Zuständen anstellt, so vergißt er,

Digitized by Google

daß in der großen Mehrzahl der Fälle die Exhibitionisten gewohnheitsmäßig und planvoll ohne Bewußtseinsstörung handeln. *Raecke* (Frankfurt a. M.).

Dyrenfurth, F.: Ein Fall von Schriftfetischismus vor Gericht. Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. **32**, Nr. 3, S. 31—37. 1926.

Dokumentendiebstähle durch einen Homosexuellen, der geschlechtliche Erregungen bis zum Orgasmus empfand, wenn er Autogramme von Fürsten in Händen hielt. Die entwendeten Dokumente verkaufte er zum Teil, um sich für den Erlös neue anzuschaffen. Er liebte es, die Namenszüge nachzukritzeln. Früher hatte auch eine Art Totenkult bestanden. Er entschuldigte sich mit einem gewissen Rauschzustande beim Nachgeben gegenüber seinen fetischistischen Neigungen. Aber niemals hatte er nach eingetretener Beruhigung daran gedacht, seinen schnöden Vertrauensbruch durch Rückgabe der Dokumente wieder gutzumachen. Sein Handschriftenfetischismus entsprang der Sammelleidenschaft einer Künstlernatur und bedeutete nach der ganzen Struktur seiner Persönlichkeit keine Geistesstörung im Sinne des § 51.
Raecke (Frankfurt a. M.).

Schultz, J. H.: Zur Psychologie der Homosexualität. Psychol. u. Med. Bd. **1**, H. 1, S. 58—61. 1925.

Verf. bringt die Schilderung eines Homosexuellen, den er mittels Psychoanalyse zu beeinflussen versucht hat. Die Krankengeschichte bietet nichts, was nicht schon längst allgemein bekannt wäre. *Forster* (Greifswald).

Friedjung, Josef K.: Über Onanie im Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. **31**, H. 3/4, S. 289—292. 1925.

Villinger, Werner: Erwiderung auf vorstehende Arbeit „Über Onanie im Kindesalter" von J. K. Friedjung. (*Univ.-Nervenklin., Tübingen.*) Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. **31**, H. 3/4, S. 293—295. 1925.

Villinger hatte in der Ztschr. f. Kinderforsch. **31**, 111. 1925 (vgl. dies. Zentrlbl. **43**, 341) sich mit der Onanie im Kindesalter auseinandergesetzt. Friedjung hält ihm vor, er habe der Freudschen Lehre von der kindlichen Sexualität nicht die volle Sachlichkeit und Würdigung bezüglich der Tatsachen und Argumente entgegengebracht und Friedjungs eigene, sowie Neters Arbeiten über diesen Gegenstand unbewußt tendenziös kritisiert und dadurch zu entwerten versucht. — Villinger erwidert hierauf, daß er Freuds und Friedjungs an der Wiener Bevölkerung gewonnenen Anschauungen von der Universalität der Säuglings- und Frühkinderonanie bei der schwäbischen Bevölkerung jedenfalls nicht bestätigt finde und sich infolgedessen auch den aus ihr gezogenen Schlüssen nicht anzuschließen vermöge. Im übrigen enthalten beide Artikel nur polemische Bemerkungen über nebensächliche Punkte.
Homburger (Heidelberg).

Schmitz, Hans: Über einen Fall „Pathologischer Faszination". (*Sanat. Rockwinkel f. Nerven- u. Gemütskranke, Oberneuland-Bremen.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **76**, H. 2, S. 261—270. 1925.

Mitte Dezember 1924 springt bei einer Aufführung der Oper Salome im Bremer Stadttheater in dem Augenblick, als Salome auf der Bühne mit dem Haupt des Johannes tanzt, ein Theaterbesucher aus dem Parterre mit Akrobatengeschwindigkeit und Geschick auf die Bühne, macht Miene, sich auf die Salomedarstellerin zu stürzen, die sich ihm gefaßt entgegenstellt; er wird daran gehindert, unter starkem Widerstreben abgeführt. Bei der Aufnahme in der Krankenanstalt reißt sich der Störenfried los, stürzt in einen Saal, um einem Kranken zu helfen, den er stöhnen hört, ist zunächst noch stark erregt, verwirrt. Nach Bad und Scopolamininjektion Schlaf; am nächsten Tag ist er ruhig, über seine Handlung orientiert, kann allerdings das Törichte derselben nicht recht einsehen.

Zeichen einer Psychose oder einer organischen Hirnerkrankung konnte Verf. bei dem 51jährigen Patienten, einem Versicherungsagenten, nicht finden. Er faßt die Bewußtseinsstörung an dem fraglichen Abend als „pathologische Faszination" auf, erinnert daran, daß bei Kindern solche Faszinationserlebnisse gut zu beobachten seien. Durch einen Unfall im Jahre 1916 (Fall auf den Kopf) soll die Disposition zur Entwicklung der „pathologischen Faszination" gelegt worden sein, dazu kommt, daß Patient, der aus einer stark belasteten Familie stammt, eine starke und labile Affektivität aufweist. Er zeigt weiterhin phantastisch-mystische Neigungen, ist gesteigert einfühlungsfähig bei geringer Bildung und mäßiger Intelligenz. Zufallsdispositionen (Ermüdung, Abhetzung, Alkohol) spielten sicherlich keine Rolle. Daß sich die pathologische Faszination in einer Aggression auswirkte, wird verständlich aus der stark aggressiven Tendenz seiner Affekte, die sich auch sonst in seinem Leben zeigt.
Ulrich Fleck (Göttingen).

Digitized by Google

Psychogene Psychosen, Hysterie, Kriegsneurosen:

Loewenthal, S.: Drei Thesen zur Neurosenfrage. Münch. med. Wochenschr. Jg. 73, Nr. 3, S. 99—101. 1926.

Die Thesen lauten: 1. Es gibt, wenn auch nicht häufig, eine echte traumatische Neurose im Sinn von Oppenheim; 2. Neurasthenie ist im allgemeinen eine angeborene Schwäche. Die cerebrale Neurasthenie entsteht bei Gesunden so gut wie niemals — entgegen der landläufigen Meinung — durch geistig-seelische Überanstrengung allein. 3. Hysterie als seelische Störung entsteht durch falsche Bahnung des Willens mit Anhäufung psychophysischer Energie auf dem falschen Wege. Bedingung ist die hysterische Konstitution, für die es körperliche Merkmale gibt. Zum Beweise der 1. These stützt Verf. sich auf das logische Bedürfnis, nach welchem zwischen der Zertrümmerung des Gehirns mit dem Erfolg der irreparabel geschädigten, aber noch lebensfähigen Zelle einerseits und den von psychogenen Folgen einer Verletzung andererseits alle Übergänge vorhanden sein müßten (und folglich auch sind? Ref.). Die objektiven Symptome sind von Oppenheim u. a. beschrieben worden. Verf. macht noch besonders auf den Alkoholversuch, den Bückversuch, die Herabsetzung des elektrischen Hautwiderstandes und das von ihm gefundene „faradische Intervall" (Herabsetzung der Reizschwelle für faradische Schmerzempfindung) aufmerksam. — Geistig-seelische Anstrengung, auch Überanstrengung allein, führt nicht zur Erschöpfungsneurasthenie, sondern nur zu einer ausgleichbaren Ermüdung, soweit es sich um vollwertige Menschen handelt. Die Neurastheniker sind aber konstitutionell minderwertig (vielfach Stillerscher Habitus). Die Hysteriker sind durch eine gewisse Simulationstendenz (Dysbulie), durch eine Verlegung der übrigen, dem Willen sonst geöffneten Bahnen (Anhäufung psycho-physischer Energie) und durch eine eigenartige Konstitution bestimmt. Die letztere zeigt sich auch in körperlichen Merkmalen (schönes, ebenmäßiges, entweder ausdruckslos kaltes oder mimisch übererregtes Gesicht, körperlicher Infantilismus).

Villinger (Hamburg).

Rosenfeld, M.: Die vegetative Neurose in ihren Beziehungen zu psychischen Störungen. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Rostock-Gehlsheim.*) Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. **60**, H. 2, S. 89—100. 1925.

Die bei vielen Organneurosen, Psychoneurosen und manchen Psychosen als Begleit- oder Haupterscheinungen auftretenden Funktionsanomalien im vegetativen Nervensystem faßt Verf. unter dem Begriff der „vegetativen Neurose" zusammen. Er geht dabei nicht auf die einzelnen Syndrome näher ein, hebt nur das Mannigfaltige und Wechselvolle der Bilder hervor. Häufig werden diese Störungen als Folgeerscheinungen von Erkrankungen anderer Systeme aufgefaßt werden müssen (innere Sekretion, Infektion, Intoxikation), bei organischen und endogenen Psychosen durch Übergreifen des Erkrankungsprozesses auf die zentralen vegetativen Zentren bedingt sein, ebenso wie sie „ein wichtiges Glied in der Kette von Vorgängen darstellen, die zu den epileptischen Bewußtseinsstörungen, zu Ohnmachten und zu psychogen bedingten psychischen Störungen führen". Für bestimmte Fälle aber könne man die vegetativen Störungen als das Primäre ansehen; es lassen sich bei ihnen unterscheiden: mehr aktive, intermittierende Zustände mit Veränderungen an der Haut und Schwankungen der Körpertrophik von mehr chronisch asthenischen Zuständen mit Abnahme des Körpergewichts und Gewebsturgors. Die häufigen psychotischen Begleiterscheinungen — ängstlich-depressive Verstimmungen mit zeitweisen Exacerbationen zu Bewußtseinstrübung, Desorientiertheit, Halluzinationen — in den Rahmen der manisch-depressiven Erkrankungen einzufügen oder als symptomatische Psychosen bei innersekretorischen Störungen aufzufassen, befriedigt den Verf. nicht. Er tritt für ihre nosologische Sonderstellung ein, nimmt als ursächlichen Mechanismus auch der psychischen Störungen die vegetative Neurose an. Besonders manche klimakterischen und Wochenbettspsychosen gehören hierhin. Einige Krankheitsgeschichtsmitteilungen illustrieren die theoretischen Ausführungen.

A. Schulte (Berlin).

Digitized by Google

Zahradníček, J.: Beitrag zur Physiopathologie des vegetativen Nervensystems. Biol. listy Jg. **11**, Nr. 6, S. 412—418. 1926. (Tschechisch.)

Eine vorläufige kasuistische Mitteilung, in welcher der Autor die Bedeutung des vegetativen Nervensystems in der Ätiologie verschiedener visceraler Erscheinungen hervorhebt. Es werden 4 Fälle mitgeteilt (im ganzen wurden 26 einschlägige Fälle beobachtet), in denen seit einigen Jahren bestehende Diarrhöe und Hypermotilität des Magens einerseits, Magenschmerzen, Atonie und Hypazidität andrerseits als Folgen von Spondylitis tbc. erkannt und nach entsprechender Behandlung in kürzester Zeit geheilt wurden. „Krankhafte Vorgänge in der Wirbelsäule können auf die prägaglionären zentrifugalen Bahnen, vielleicht auch auf die Zellen der Seitenhörner in irritativer oder hemmender Weise (evtl. bis zur Aufhebung ihrer Leitungsfähigkeit) einwirken, was zur Folge hat, daß in den entsprechenden visceralen Organen pathologische Veränderungen im Sinne einer Abschwächung der motorischen und sekretorischen Funktion oder einer Hypermotilität zutage treten." *Bálint* (Košice).

Weitbrecht, Elisabeth: Über eine vegetative Neurose im frühen Kindesalter. (*Kinderkrankenh., Karlsruhe.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 49, S. 2027—2029. 1925.

Beschreibung eines Falles von Feerscher Neurose bei einem 9 Monate alten Kinde. Versuch mit Antithyreoidinbehandlung scheint empfehlenswert. *M. Grünthal* (Berlin).

Vermeylen, G.: Impulsions verbo-motrices et troubles neuro-végétatifs au cours d'états anxieux. (Triebhafte sprachmotorische Erregung und Störungen des vegetativen Nervensystems bei Angstzuständen.) Journ. de neurol. et de psychiatrie Jg. **25**, Nr. 10, S. 641—646. 1925.

Bei einem Patienten mit periodischen Verstimmungszuständen, die mit intestinalen Schmerzen und Asthma Hand in Hand gehen, trat 52jährig ein sehr schwerer Angstzustand auf mit sprachmotorischer Erregung. Es fanden sich ausgesprochene vagotonische Symptome. Verf. glaubt, daß es sich um einen durch die Vagotonie begünstigten anaphylaktischen Shock handele, und schlägt entsprechende Behandlung vor, die auch in diesem Falle zu Erfolg führte. *Reiss* (Dresden).

Curschmann, Hans: Über nervöse Dyspepsien. (*Med. Univ.-Klin., Rostock.*) Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 52, S. 2483—2487. 1925.

Verf. weist darauf hin, daß sehr viele Fälle der früheren nervösen Dyspepsie sich seit der Röntgenuntersuchung als Duodenalulcera entpuppten, selbst dann, wenn die Beschwerden wesentlich psychotherapeutisch zu beeinflussen waren. Andere dieser Fälle zeigten schwere funktionsstörende Ptosen und Atonien, und andere litten an Erkrankungen der Gallenblase, Nieren, der weiblichen Genitalorgane oder an chronischer Appendicitis. Zur n. D. rechnet der Verf.: 1. Die rein psychogenen Fälle, also Psychoneurosen mit vorwiegend dyspeptischen Symptomen. Obschon hier die Magenbeschwerden nur Symptome des psychischen Grundleidens sind, besteht der Verf. auf ihrer Abtrennung von den übrigen Neurosen, dies aus didaktischen Gründen. 2. Die peripheren Organneurosen, allerdings mit der Beschränkung, daß „notorisch grob organisch bedingte Krankheitszustände nicht in die Gesellschaft der Neurosen" gehören. Periphere Organneurosen wären also: Kardiospasmus, Pylorospasmus und Rumination. Diese Zustände können als konstitutionell, sogar familiär bedingte Funktionsstörungen des Magens auftreten, und zwar ohne psychogenen Ursprung. Die Ursache dieser peripheren Neurosen liegt wahrscheinlich oft in einer dauernden Über- und Mißerregbarkeit in regionären vegetativen Nervenanteilen. Es gibt Kranke, bei denen z. B. nur der Dilatator pupillae auf Adrenalin übererregbar ist, während Blutdruck- und Hyperglykämiereaktionen ausbleiben. Es ist möglich, daß solchen „verschiedenen, örtlichen Organbereitschaften vegetativ-nervöse Erregbarkeitsänderungen entsprechen, welche die Lokalisierung einer örtlichen Organneurose begünstigen". Neben dieser örtlichen vegetativen Überempfindlichkeit können verschiedene Reize die Störung auslösen, so anaphylaktische und namentlich psychische Einflüsse. Trotz der psychischen Beeinflußbarkeit dieser Krankheitszustände muß ihr Ursprung kein rein psychischer sein. Obschon bei endokrinen Störungen Magensymptome sehr häufig vorkommen (oft bei Basedow, hier sogar als Monosymptom nicht selten mit krisenartigem Er-

Digitized by Google

brechen, dann bei Hypothyreosen, in der Klimax, als Vomitus gravidarum, bei welchem dem psychischen Faktor in der Regel zu viel ätiologische Bedeutung zugemessen wird, bei der Tetanie usw.), und obschon diese endokrin bedingten Magenstörungen auch auf vegetativ-nervösem Wege zustande kommen, sollten sie doch aus didaktischen Gründen nicht zur n. D., sondern zur endokrinen Pathologie gezählt werden.

Ernst Stiefel (Winterthur).

Ochsenius, Kurt: Über psychisch bedingte Inkontinenz im Spielalter. Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 50, S. 2143. 1925.

Ochsenius berichtet über einen Fall, in dem ein Kleinkind, das schon die willkürliche Beherrschung von Blase und Darm erlernt hatte, nach schwerer Krankheit wieder einschmutzte. Durch regelmäßige Einspritzung von einem Eßlöffel Glycerin gewöhnte sich das Kind wieder an willkürliche Entleerungen. *Stier* (Charlottenburg).

Breukink, H.: Psychasthenische Verstimmung oder Melancholie? Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 70, 1. Hälfte, Nr. 1, S. 8—12. 1926. (Holländisch.)

Die differentielle Diagnose der Melancholie gegenüber psychogenen Verstimmungen soll nach Breukink leicht zu stellen sein bei Anwendung von Hypnose und Katharsis. Bei psychogener Depression beobachtet man fast immer nach einer oder mehreren Sitzungen eine bemerkenswerte Änderung und Besserung des ganzen psychischen Verhaltens. Bei Melancholie soll das niemals der Fall sein. *H. C. Rümke.*

Nikitin, M.: Krieg und Hysterie. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 420—432. 1925. (Russisch.)

Während des Krieges vertraten die meisten russischen Autoren den Standpunkt, daß die traumatische Neurose eine organische Erkrankung sei. Die einen Autoren glaubten, daß es sich um molekulare Veränderungen des Zentralnervensystems handelte, während andere Autoren zahlreiche kleine Blutungen vermuteten. Im Gegensatz zu der in Rußland geltenden Lehre behauptet Verf., daß die traumatische Neurose eine psychogene Erkrankung (Hysterie) sei. Von 2904 nervenkranken Soldaten, die Verf. beobachtete, waren 1060 (29,29%) hysterisch, 954 (26,37%) waren Neurastheniker. 90% der Hysteriker erkrankten nach Granatexplosionen. 25% zeigten schon vor dem Kriege Zeichen einer neuropathischen Konstitution. Verlust des Bewußtseins erfolgte nicht im Moment der Explosion, sondern einige Minuten später, retrograde Amnesie war nicht vorhanden. Der Erfolg der Psychotherapie bestätigte die Ansicht des Verf. von dem psychogenen Ursprung des Leidens. Verf. hält die hysterischen Störungen der Kriegsteilnehmer für eine Art Selbstschutz gegen die Gefahren der Front. *Wolpert* (Berlin-Schlachtensee).

Bechterev, W.: Über hysterische Aphasie. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 321—331. 1925. (Russisch.)

2 Fälle von hysterischer Aphasie. 1. Bei einer 37jährigen Frau tritt nach einer Angina plötzlich eine rechtsseitige Hemiplegie auf mit totaler motorischer Aphasie, Agraphie und Alexie. Im weiteren Verlauf des Leidens schwindet die Hemiplegie, bessert sich die Aphasie, doch ist sie noch nach 2 Jahren deutlich. Außer den aphasischen Störungen findet sich bei der Patientin 2 Jahre nach der Erkrankung eine Reihe von hysterischen Symptomen: konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung, taktile und Schmerzhemianästhesie, Herabsetzung des Würgreflexes, Fehlen des Gaumen- und Uvulareflexes. Da die Patientin außerdem erblich schwer belastet ist und typisch hysterische Charakterzüge aufweist, ist die Diagnose „Hysterie" für den jetzigen Zustand gerechtfertigt und wird durch den weiteren Verlauf (Heilung nach mancherlei psychogenen Schwankungen) bestätigt. Verf. nimmt an, daß auch die ursprüngliche Hemiplegie nicht organisch bedingt, sondern hysterisch gewesen sei, und schließt er das aus dem Krankheitsverlauf: die schwere totale Hemiplegie dauerte 3 Wochen und verschwand darauf völlig im Lauf einer Woche; die Motilität der oberen Extremität erschien wieder zuerst in den Fingern und der Hand; bei der Patientin findet sich jetzt keine Spur der überstandenen Hemiplegie, kein Rest einer ehemaligen Tonuserhöhung; die ehemals gelähmte Hand bzw. Extremität ist stärker als die gesunde. Die Aphasie war rein motorisch; sie bestand noch 2 Jahre nach der Erkrankung und besserte sich schubweise nach Franklinisation, die Agraphie schwand plötzlich. Nach einer Behandlung von $1^1/_2$ Monaten völlige Genesung. Die WaR. (Blut und Liquor) war negativ. — 2. 28jähriger, von jeher nervöser Ingenieur erkrankt nach einem an schwerer körperlicher Arbeit, bei großer Hitze und an Aufregung (Konflikte mit Arbeitern) reichen Tage. Am Abend — Gefühl der Ermüdung

Digitized by Google

und leichter Schüttelfrost, am nächsten Morgen — voll entwickeltes Krankheitsbild: Patient konnte nicht sprechen, kein Wort hervorbringen, nicht lesen und nicht schreiben, da er die Buchstaben vergessen hatte, fühlte sich aber im übrigen wohl und ging an die Arbeit, wobei er sich durch Zeichen (Handbewegungen) verständigte. Nach 3 Tagen, als Patient seine Ehefrau erwartete, stellten sich die ersten 2 Worte ein („wann" und „Frau"), als die Frau erschien, geriet Patient in große Aufregung und konnte plötzlich wieder leidlich sprechen. Nach 1 Woche konnte er bereits vorlesen und schreiben, doch verwechselte er Buchstaben und Ziffern und konnte nur mit großer Mühe rechnen. Im Lauf von 3 Monaten Genesung bis auf eine unbedeutende Sprachstörung, die bei Aufregung sich bis zum Mutismus steigert. Die WaR. war negativ. Erhöhte Sehnenreflexe, fehlender Würgreflex. Die Sprachstörung bot anfangs das Bild einer reinen motorischen Aphasie, die sich rasch besserte, wobei Stottern auftrat, das bald überwog, um schließlich zu schwinden. Verf. schließt eine organische Erkrankung aus. *Bresowsky* (Dorpat).

Nathan, M.: Hystérie et diathèse émotive. (Hysterie und „emotive Diathese".) Encéphale Jg. **20**, Nr. 10, S. 730—733. 1925.

Verf. versucht, die bekannten Theorien der Entstehung hysterischer Symptome (Janet, Freud u. a.) auf 2 kurz mitgeteilte Fälle anzuwenden, und findet sie nicht zureichend. Eine neue Theorie gibt er nicht. *Mayer-Groß* (Heidelberg).

Galant, Johann Susmann: Entstehungsgeschichte, Entwicklung und Verlauf einer Hysteroepilepsie. Arch. f. Kinderheilk. Bd. **77**, H. 1/2, S. 64—71. 1925.

Susmann Galant beschreibt ein junges Mädchen, das auf den Anblick grausiger Mordtaten während der russischen Revolution mit einem großen psychogenen Dämmerzustand reagiert und später nach Erregungen noch kleinere Dämmerzustände bekommen hat. Anfangs soll sie sich dabei einmal in die Zunge gebissen haben. — Die Darstellung auch dieses Falles des Verf. ist so wenig wissenschaftlich und läßt es so sehr an Kritik fehlen, daß ein genaueres Referat sich erübrigen dürfte. *Stier* (Charlottenburg).

● **Kempf, Hans: Die psychischen Zwangszustände im Kindesalter.** Leipzig: Walter Nachod 1925. 81 S. RM. 1.60.

Die vorliegende Schrift wendet sich an die Pädagogen, von deren Mitarbeit bei der Bekämpfung der Zwangszustände Verf. sich Wesentliches verspricht. Wenn auch in den meisten Fällen von Zwangsleidenden ärztliche Hilfe erst in späteren Jahren in Anspruch genommen wird, so lassen sich doch in zahlreichen Fällen die Anfänge der Erkrankung bis in die Kindheit hinein verfolgen. Das Unbehagen des Zwanges tritt in der Kindheit häufig in den Hintergrund, das Pathologische des Zustandes wird dem Patienten selbst erst später bewußt. Verf. gibt einen kurzen Überblick über Geschichte und Psychologie der Zwangserkrankungen und führt zahlreiche, teils selbstbeobachtete, teils aus der Literatur gewählte Fälle an, um die Aufmerksamkeit des Pädagogen auf Erscheinungen zu lenken, die den Verdacht einer beginnenden Erkrankung erwecken. Eine Gefahr für die Entwicklung von Zwangszuständen sieht Verf. in einer Diskrepanz von körperlicher Schwächlichkeit und geistiger Anforderung. Deshalb ist körperliche Ertüchtigung der Jugend notwendig. Sehr ungünstig wirkt auf die Gefühlslage des Kindes, die normalerweise die Züge des fröhlichen Optimismus trägt, die leidende und klagende Umgebung. Hier wirken sich besonders die Erschütterungen durch die Ereignisse der letzten Jahre aus. Die natürliche Suggestibilität des Kindes muß auf ein gesundes Maß zurückgedrängt und Urteils- und Wertungsfähigkeit gekräftigt werden. *Max Grünthal* (Berlin).

Haškovec, Lad., und Čeněk Šimerka: Zwangszustände. Rev. v. neurol. a. psychiatrii Jg. **21**, Nr. 7/8, S. 199—213, Nr. 10, S. 273—283, Nr. 11, S. 323—331, Nr. 12, S. 348—353. 1924 u. Jg. **22**, Nr. 1, S. 7—15. 1925. (Tschechisch.)

Die vorliegenden Arbeiten sind Fortsetzung und Ende einer Serie von Mitteilungen, deren erste Hälfte bereits in dieser Zeitschrift referiert wurde (vgl. dies. Zentrlbl. **41**, 98). Nach Besprechung der emotiven, ideellen, impulsiven, motorischen, vegetativen, sensorischen und sensitiven Zwangsvorstellungen, umgrenzen die Autoren den Begriff der coenästhetischen Zwangsvorstellungen. Unter Coenästhesie verstehen sie ein Gesamtgefühl jener Sensationen, durch welche wir über Existenz unseres Körpers, seiner Teile und ihrer Funktionen verständigt werden. Verff. bringen einige kasuistische Beiträge zu Zwangsvorstellungen in diesem Ideenkreis. Die Zwangsvor-

Digitized by Google

stellungen im allgemeinen sind Folge einer organischen (endokrinen, traumatischen, subcorticalen) Störung auf hereditärer Grundlage. Verff. können sich nicht Freuds Ansichten über die Genese der Zwangsneurose anschließen. Im letzten Teil wird die Differentialdiagnose, Prognose und Therapie der Zwangsvorstellungen besprochen. Die Therapie muß vor allem die organische Grundlage der Erkrankung berücksichtigen, sie muß aber auch auf psychischem Wege Moral, Arbeitswille und Lebensfreude der Patienten fördern. *A. Bálint* (Košice).

Anstaltswesen, Statistik, Allgemeines.

Petrén, Alfred: Neuordnung der Geisteskrankenpflege. Svenska Läkartidningen Jg. **23**, Nr. 4, S. 109—115. 1926. (Schwedisch.)

Petrén kritisiert hier den durch Reichstagsbeschluß in Schweden vorgeschlagenen Plan zur Neuordnung der Geisteskrankenpflege. Dieselbe soll für die großen Städte Stockholm und Göteborg (namentlich für schwerere Kranke) mehr den Städten selbst, an den anderen Plätzen dem Staat überlassen werden. Rechnet man 3 pro mille der Einwohner als pflege- oder anstaltsbedürftig, so wären noch 3091 Kranke unterzubringen und für diese ein neues Hospital zu bauen. Über Dauer des Baues, Platz, Ausdehnung, Kostenanschlag wird Näheres angegeben. *S. Kalischer* (Schlachtensee).

Ssemaško, N.: Die Aufgaben der sozialen Neurologie und Psychiatrie. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 67—69. 1925. (Russisch.)

Der Krieg im Zusammenhang mit den wirtschaftlichen Krisen und Hunger sowie die Epidemien und die revolutionären Erschütterungen haben die Verbreitung der Nerven- und Geisteskrankheiten stark gefördert. Die auffallende Zunahme, eine wahre Pandemie der Herz- und Gefäßerkrankungen, stehe auch in engster ätiologischer Beziehung zu den Erlebnissen der letzten Zeit. Auch die besten therapeutischen Maßnahmen genügen nicht. Im Kampfe gegen dieses Unglück muß man in erster Linie zu prophylaktischen Mitteln greifen. Gerade auf diesem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie eröffnet sich ein aussichtsreiches Arbeitsfeld für wissenschaftliche Studien und für praktische Tätigkeit. In erster Linie das Problem der Kindererziehung und dann die Frage der zweckmäßigsten Organisation der Arbeit. Dazu müssen aber erst geeignete medizinische Kräfte herangebildet werden. Die soziale Neurologie muß als Teil der medizinischen Bildung betrachtet werden und im gesamten Plan des medizinischen Studiums einen Ehrenplatz einnehmen. *L. Arinstein* (Charlottenburg).

Zacharov, I.: Psycho-sanitäre Arbeit und neuro-psychische Gesundheit. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 32—39. 1925. (Russisch.)

Die immer mehr zunehmende Nervosität der Bevölkerung und die wachsende Zahl der Grenzzustände zwingen, die Organisation der psychosanitären Arbeit als eine der dringendsten Aufgaben der Gegenwart zu betrachten. Wenn man in den 70—80er Jahren des vorigen Jahrhunderts in Rußland den Grundstein der psychiatrischen Kliniken und Irrenanstalten gelegt hat, so müsse man jetzt bei den neuen politischen und sozialen Verhältnissen die ersten Schritte zur psychiatrischen Prophylaxe machen. Die zweckmäßigsten Mittel dazu seien sanitäre Aufklärung und Studium der Lebensbedingungen und der Schädlichkeiten der Arbeit. Die Demokratisierung der Kultur und der Wissenschaft ist daher die wichtigste Vorbedingung einer erfolgreichen Tätigkeit auf diesem Gebiete. Die Bevölkerung muß den Zusammenhang, der zwischen Erkrankung und Lebensbedingungen besteht, klar begreifen und den Wert der modernen hygienischen Maßnahmen im Wohnungsbau, in der Produktion, im Kampfe gegen die Epidemien usw. zu schätzen lernen. Auch die junge Generation der Ärzte muß in dieser Richtung hin erst belehrt und erzogen werden: Sie müssen die Psychoprophylaxe der Familie und der Arbeitsstätten stets vor Augen haben. Wenn auch die Wissenschaft vorläufig noch manche Fragen auf diesem Gebiete nicht gelöst hat, so müsse man trotzdem unverzüglich diesen Weg beschreiten. *L. Arinstein* (Charlottenburg).

Vidoni, Giuseppe: Ancora in tema di igiene e profilassi mentale. (Beitrag zur Frage über die geistige Hygiene und Prophylaxe.) (*Manicomio prov. di Genova, Quarto dei Mille.*) Giorn. di psichiatr. clin. e tecn. manicom. Jg. **52**, H. 3/4, S. 188—207. 1925.

Vidoni verweist auf die Wichtigkeit der geistigen Schulhygiene in der Zusammenarbeit von Lehrer und Schularzt, die Notwendigkeit der Verbesserung der Irrenheilanstalten. Er bespricht die Probleme der Sterilisation oder des Eheverbotes für belastete Personen, die Fürsorge für die aus Anstalten Entlassenen, die Mitwirkung der Ambulatorien, die Dezentralisation unter Verwendung von Fürsorgeschwestern. Der Irrenanstaltsarzt sei nicht die wichtigste Person in der psychiatrischen Prophylaxe, welche außerhalb der Anstalten geleistet werden

Digitized by Google

muß. Er gibt als Beispiele die Bekämpfung der Syphilis und der Pellagra. Wenn heute die Gefährlichkeit des Geisteskranken die Grundlage für die Aufnahme in die Irrenanstalt sei, so bringe die Mitarbeit der sozialen Medizin die Geisteskrankheit wieder der allgemeinen Pathologie näher, insofern es sich nicht um ein Bekämpfen des Geisteskranken, sondern der Geisteskrankheit handle. *O. Albrecht* (Wien).

Sinowjev, P.: Die Organisation neuro-psychiatrischer Ambulatorien. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 40—45. 1925. (Russisch.)

Die Aufgabe der in Rußland gegründeten „Dispensaires" besteht in individueller und Massenerziehung der Kranken und ihrer Umgebung. In erster Linie sollen diejenigen Kranken behandelt werden, deren Arbeitsfähigkeit noch nicht gestört ist. Eine weitere Aufgabe ist der Kampf mit den krankmachenden Bedingungen. Leiter des „Dispensaire" soll ein Neuropsychiater sein, da sonst die Gefahr besteht, daß in einem allgemeinen medizinischen Dispensaire die Neurologie bzw. Psychiatrie zu kurz kommen wird. Aus diesem Grunde ist die Forderung selbständiger neuro-psychiatrischer Dispensaires berechtigt. Die Kranken sollen gründlich untersucht werden, wobei ihre soziale Stellung berücksichtigt werden muß. Der Arzt muß die Möglichkeit haben, die Lebensbedingungen des Kranken zu ändern. *Wolpert.*

Preißner, Felix: Die Abteilung für Nervenkranke des Krankenhauses der Landesversicherungsanstalt Schlesien in Breslau. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 27, Nr. 51, S. 523—527 u. Nr. 52, S. 533—537. 1925.

Verf., der seit 1919 die in der Überschrift genannte Nervenabteilung leitet, macht Mitteilungen über die allgemeinen Krankheitserscheinungen und speziellen Leiden, die am häufigsten eine Beobachtung im Krankenhause erfordern: Anfälle, Schwindelzustände, Epilepsie, Migräne, Hysterie. Funktionelle Nervenleiden betrugen bei Männern 30—40%, bei Frauen 55—65% der Gesamtbelegzahl; Invalidität oder Grenzfall wurden bei 25—35% der Männer und bei 20% der Frauen angenommen. Auf 3 Beobachtungsfälle kam immer ein Heilverfahrenfall. Meistens wurde das Heilverfahren nicht im Krankenhause, sondern in den Heilstätten zu Ende geführt. *G. Ilberg* (Sonnenstein).

Dobrochotoff, V.: Die Sanatorien für nervöse Krankheiten und die wissenschaftliche Organisation der Arbeit (Not). Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 25—30. 1925. (Russisch.)

In den Sanatorien für Nervenkranke muß in erster Linie die Arbeitstherapie angewandt werden, die medikamentöse Therapie spielt eine geringere Rolle. Die Sanatorien müssen gleichzeitig wissenschaftliche Institute zur Erforschung und Organisation der Arbeit sein. Die Patienten sollen nach ihrer Entlassung die Ideen der psychischen Hygiene verbreiten. *Wolpert* (Berlin-Schlachtensee).

Lafora, Gonzalo M.: Einrichtungen der offenen und geschlossenen Fürsorge sowie Unterrichtsanstalten für Taubstumme, Blinde, Schwachsinnige und „verwahrloste" Kinder und Jugendliche in Spanien. Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. 31, H. 1/2, S. 89 bis 94. 1925.

Der Unterricht der abnormen, tauben und blinden Kinder hat bisher nur geringe Förderung seitens des Staates erfahren. Für Taubstumme und Blinde existiert nur eine staatliche Anstalt in Madrid; abgesehen davon werden nur noch einige Anstalten und Schulen von Provinzen bzw. Gemeinden unterhalten. Eine Auslese der schwachsinnigen tauben Kinder findet nicht statt. Nur wenige davon verfügen über gute Einrichtungen; der Handfertigkeitsunterricht wird nirgends genügend betont. Eine kleine Anstalt für geistig abnorme Kinder unter Leitung eines Psychiaters wurde erst 1915 geschaffen, daneben gibt es noch zwei private Institute. Ein Besserungsheim für straffällige jugendliche Verwahrloste war zwar schon 1869 geplant, aber erst 1901 ist eine Fürsorgeanstalt für jugendliche Verwahrloste unter 20 Jahren eröffnet worden. Ein Heilerziehungsheim ist 1925 gegründet worden. Daneben gibt es noch eine Reihe von Erziehungsheimen, die von Provinzen, Gemeinden und privaten Organisationen unterhalten werden. *Schob* (Dresden).

Gau: Die Aufgabe des Arztes in der Krüppelfürsorge. (*Krüppelanst. Johanna-Helenen-Heim, Volmarstein i. W.*) Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. 31, H. 1/2, S. 135 bis 148. 1925.

In der Krüppelfürsorge, die seit 1920 in Preußen gesetzlich geregelt ist, haben praktische Ärzte bzw. Fachärzte, Fürsorgeärzte und im besonderen der Krüppelarzt gemeinsam zu arbeiten; der praktische Arzt hat für die Erfassung der Krüppel besondere Bedeutung. Der Krüppelarzt ist einmal Berater der zuständigen Behörden, zum anderen hat er bei der Entkrüppelung mit tätig zu sein, die einmal durch operative Eingriffe, zum andern auf dem Wege der Schul- und Berufsertüchtigung angestrebt wird. Die Entkrüppelung kann ambulant oder in Anstalten vorgenommen werden. Hauptgebiet der operativen Tätigkeit sind Läh-

Digitized by Google

mungen, Extremitätenverbiegung nach Rachitis, angeborener Klumpfuß und Hüftgelenksverrenkung. Wichtig ist auch mediko-mechanische Behandlung. Bei der Schulausbildung ist die Zusammenarbeit von Arzt und Lehrer nötig; bei der Berufswahl ist die Eignungsprüfung von besonders großer Bedeutung; die Behandlungsmethode ist vom Arzt auf den Krüppel einzustellen. Auch die psychische Beeinflussung durch den Arzt ist bedeutungsvoll. Die Zahl der psychopathischen Krüppel ist nicht so groß als man gemeinhin annimmt. Nur bei solchen Krüppeln, wo es sich um Weitervererbung von Mißbildungen handelt, kommt Unfruchtbarmachung in Frage. *Schob* (Dresden).

Neil, Jane A.: Public school classes for crippled children. (Öffentliche Schulklassen für verkrüppelte Kinder.) (*Principal Spalding school f. crippled children. Chicago.*) Occupat. therapy a. rehabilitation Bd. 4, Nr. 1, S. 47—51. 1925.

Neil berichtet über die Spezialschule für „verkrüppelte" Kinder in Chicago, die seit ca. 25 Jahren besteht. Die Kinder leiden an Kinderlähmung (42%), Knochentuberkulose (18%), spastischen Lähmungen (10%), Herzkrankheiten (10%) und an Folgezuständen von Rachitis, Amputationen, Osteomyelitis, Arthritis, Geburtslähmungen, Schlafkrankheit und angeborenen oder erworbenen Deformitäten. Alle diese Kinder, zur Zeit 800, werden von 22 Autobussen täglich von Hause abgeholt und in die Schulen gebracht. Hier werden sie körperlich und geistig unterrichtet und nach ärztlicher Beratung ihrer Leiden durch Lehrer für körperliche Erziehung nachbehandelt. Die Erfolge sind gut, Hunderte von Kindern sind im Geschäftsleben untergebracht. Diese Sondererziehung kann aus psychologischen und physikalischen Gründen nicht in den allgemeinen Schulen, sondern muß in gleichartigen Gemeinschaften stattfinden. Den Kindern soll die Entwicklungsmöglichkeit gegeben werden, damit sie nicht auf die Barmherzigkeit angewiesen sind. *Hörmann* (Dresden).

Rosenhaupt: Das Problem der Fürsorgeerziehung. Eindrücke aus Fürsorgeerziehungs-Anstalten. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. u. soz. Hyg. Jg. 38, Nr. 12a. S. 537—545. 1925.

Verf. berichtet über Eindrücke, die er bei der Besichtigung von Anstalten gewann, in denen Fürsorgezöglinge untergebracht werden (hauptsächlich vom Jugendamt der Stadt Mainz). U. a. hält er einen Ausbau der Berufsausbildung in solchen Anstalten für erwünscht; bisher erfolgt im wesentlichen nur die Ausbildung als Schlosser, Schmied, Schreiner, Schuster, Schneider, Bäcker, evtl. als Müller, während z. B. die kaufmännische Ausbildung nur in einer Anstalt durchgeführt wird. In den meisten Anstalten wird auch noch durch andere Mittel versucht, bildend und anregend zu wirken (Musik, Kino, Vorträge u. a.). — Besonders gerühmt wird die pädagogische Geschicklichkeit und Fähigkeit vieler Erzieher. Ein als Anstaltsleiter tätiger Psychiater hatte sich auf Grund seiner Tätigkeit überzeugt, daß selbst schwere Psychopathen Erziehungseinflüssen zugänglich sind. Die Dauererfolge werden bei den männlichen Zöglingen als recht günstig geschildert. Bis zu 70% sollen sich „als brauchbare Menschen in die Gesellschaft einfügen". Bei dem weiblichen Geschlecht scheinen die Dauererfolge zahlenmäßig geringer. Nicht selten flüchten weibliche Zöglinge in der Erkenntnis ihrer Haltlosigkeit mit ihren Folgen vorübergehend wieder in die Anstalt zurück. Für einen Teil der Psychopathen ist eine Verwahrung über das 21. Jahr hinaus erwünscht. Häufigere irrenärztliche Kontrollen der Anstalten, als sie bisher vielfach durchgeführt sind, werden nützlich wirken. *W. Runge* (Chemnitz).

● **Jahresbericht über die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Zugleich Fortsetzung der Bibliographie der Neurologie und Psychiatrie und bibliographisches Jahresregister des Zentralblattes für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Hrsg. v. R. Hirschfeld. Jg. 7. Bericht über das Jahr 1923.** Berlin: Julius Springer 1925. XII, 699 S. RM. 68.—.

Der Jahresbericht, der eine Unsumme von gewissenhaftester Arbeit repräsentiert und ein unentbehrliches Hilfsmittel fachwissenschaftlicher Betätigung bedeutet, liegt in der gewohnten Ausstattung vor. Beigegeben sind drei Arbeiten, die in dankenswerter Weise zusammenfassend in die derzeit aktuellsten Fragen der Neuropathologie und Psychiatrie einführen: Dusser de Barenne, J. G., Das Problem der Körperstellung; Wuth, Otto, Neuere Ergebnisse biochemischer Forschung cbei Psychosen und Nervenkrankheiten; Hoffmann, Hermann, Konstitution und Vererbung im schizophrenen Formkreis. *Hoche* (Freiburg i. Br.).

Digitized by Google

Fortsetzung des Autorenverzeichnisses!

Mouriquand 560.
Müller, A. 558.
Nathan, M. 605.
Neel, Axel V. 583.
Neil, Jane A. 608.
Niccolini, Pietro-Maria 572.
Nicolesco, I. 571.
Nikišin, F. 576.
Nikitin, M. 604.
Nikolaeff, M. P. 580.
Nobécourt 534.
Nonne, M. 547.
Ochsenius, Kurt 524, 604.
Odelberg, Axel 576.
Olivecrona, Herbert 520, 547.
Ostmann 517.
O'Sullivan, John 546.
Pachon, V. 500.
Pándy, Kálmán 552.
Pappenheim, M. 584.
Pascheff, C. 585.
Peiper, Herbert 556.
Pelnář, J. 588.
Penfield, Wilder G. 487.
Pereira, J. R. 501.
Perman, Einar 576.
Petersen, F. F. 548.
Petiteau, C. 500.
Petrén, Alfred 606.
Petzelt, Alfred 511.
Pfeiffer, Ch. 566.
Pick, Friedel 546.
Piéchaud, F. 548.
Pilcz, Alexander 553.
Pissnjačevskij, A. 582.
Pötzl, O. 544.
Pólya, Jenö 590.
Ponirowsky, N. 580.
Popova, N. 568.
Popoviciu, G. 580.
Preißner, Felix 607.
Privat, J. 557.
Proebster, R. 511.
Prokin, A. 558.
Quervain, F. de 572.
Radimská-Jandová, Ludmila 589.
Radovici, A. 580.
Raileanu, D. 571.
Ramadier, J. 583.
Ranschburg, Paul 510.
Raphael, Theophile 585.
Ratner, J. 592.
Ravalli, Piero 536.
Raynaud, M. 558.
Rebattu, J. 553.
Reiche, A. 527.
Remlinger, P. 494.
Riley, Henry Alsop 545.
Rimé, G. 553.
Robertson, Dorothea 522.
Robles Gorriti, Carlos M.
Rösgen, Peter 593. [598.
Rosenfeld, M. 602.
Rosenhaupt 608.
Rossi, Gilberto 491.
Rossiysky, D. M. 570.
Rouquier, A. 503, 598.
Rubaszev, S. 620.
Ruddere, de 527.
Russetzki, Joseph 501.
Rutich, Jenö 582.
Sacerdote, G. 573.
Sager, O. 580.
Salkind, E. 533.
Sanders, L. Carl 587.
Sapiro, M. 538.
Šaravskij, S. 529, 587.
Saunders, Margaret J. 523.
Schčerbak, A. 559.
Scherber, G. 587.
Schereschewsky, N. 570.
Schill, Imre 559.
Schindler, Walter 515.
Schlesinger, Hermann 563.
Schmiegelow, E. 524.
Schmitz, Hans 601.
Schneider, Adolf 599.
Schnizer, v. 600.
Schoen 526.
Schönbauer, L. 545.
Schumacher, F. L. 571.
Schultz, J. H. 601.
Schulze, P. 497.
Schwartz, Ph. 539, 589.
Searle, Olive M. 535.
Seelig, M. G. 521.
Sendrail, Marcel 570.
Sézary, A. 582.
Shapiro, Shepard 570.
Silberstein, Fritz 597.
Siméon, H. 548.
Šimerka, Čeněk 605.
Sinowjev, P. 607.
Smith, M. Hamblin 599.
Snoo, K. de 579.
Sorrel, Etienne 557.
Spillmann, L. 561.
Špringlová, Marie 597.
Ssapir, I. 549.
Sselezkij, W. 556.
Ssemaško, N. 606.
Ssucharewa, G. E. 599.
Stekel, Wilhelm 513.
Stewart, Matthew J. 557.
Stiefler, G. 534.
Stoker, H. G. 508.
Storm van Leeuwen, W. 564.
Stowe, W. P. 530.
Sturgis, Cyrus C. 577.
Švikul, D. 578.
Szántó, Josef 568.
Szondi, Lipót 565.
Tanturri, Vincenzo 485.
Tarassevič, I. 532.
Teruyama, Noboru 567.
Thacher, Catharine 577.
Thibierge 561.
Thomson, A. G. W. 522.
Thouless, Robert H. 507.
Tiitso, M. 578.
Török, Lajos 562.
Tokura, Raisuke 486.
Tournade, A. 579.
Troizkaja, A. 482.
Tschernyscheff, A. 485.
Tsubura, Shiro 495.
Tsuji, Morimassa 522.
Uchida, S. 494.
Urbantschitsch, Ernst 552.
Vagedes, W. 516.
Veil, W. H. 571.
Ventra, Carmelo 591.
Vermeylen, G. 536, 603.
Vešnjakov, S. 578.
Vialard 525.
Vidoni, G. 594, 606.
Vilardell, J.-M. 521.
Villinger, Werner 601.
Vogel, Paul 497.
Vogt, E. 527.
Voss, H. E. V. 578.
Vuillaume, H.-J. 593.
Wagner, P.-E. 579.
Warr, Otis S. 587.
Waud, R. A. 493.
Weil, Alfred Julius 518.
Weinberg, Max H. 554.
Weinert, Hans 483.
Weissenbach 561.
Weitbrecht, Elisabeth 603.
Weller, Carl Vernon 493.
Wendt, Helmut 629.
Westphal, A. 535.
White, Paul D. 577.
Whiting, Walter B. 577.
Wichels, Paul 518.
Wießner, P. 589.
Wimmer, August 540.
Wohlgemuth, A. 507.
Wolf, M. 525.
Worobiew, W. 488.
Wotzilka, Gustav 536.
Wright, Caroll S. 586.
Zacharov, I. 606.
Zahradníček, J. 603.
Zalkan, D. 568.
Zetterqvist, Anders 576.

Inhaltsverzeichnis.

Referate.

Normale und pathologische Anatomie 481
Normale und pathologische Physiologie 489
Psychologie und allgemeine Psychopathologie 503
Therapie 516
Spezielle Neurologie:
- Meningen 524
- Körperflüssigkeiten 527
- Schädel 530
- Großhirn:
  - Encephalitis 531
  - Hirnblutung, Hemiplegie, Arteriosklerose, Encephalomalacie 538
  - Linsenkernerkrankungen, Dyskinesien . . . 539
  - Aphasie, Agraphie, Apraxie, Agnosie . . . 542
  - Hirngeschwulst, Hirnabsceß 545
- Kleinhirn, Vestibularapparat, hereditäre familiäre Ataxien 548
- Rückenmark und Wirbelsäule:
  - Tabes 552
  - Rückenmarksgeschwülste 554
  - Wirbelsäule 556
- Muskuläre Erkrankungen 558
- Sympathisches System und Vagus . . . 560
- Stoffwechsel und endokrine Drüsen:
  - Allgemeines über innere Sekretion . . . 565
  - Hypophyse, Epiphyse, Diabetes insipidus . 566
  - Schilddrüse 572
  - Genitalorgane 578
  - Infantilismus, Nebennieren und Adrenalin, Addison 579
  - Tetanie und Spasmophilie 580
- Syphilis 582
- Beschäftigungsneurosen, funktionelle und lokale Krämpfe 587
- Traumatische Nervenerkrankungen, Kriegsverletzungen 589

Spezielle Psychiatrie:
- Epilepsie, Kinderkrämpfe 591
- Idiotie und Imbezillität, tuberöse Sklerose 593
- Progressive Paralyse, syphilitische Geistesstörungen, Trypanosomenkrankheiten . 596
- Degenerative psychopathische Zustände, Pathographien 599
- Psychogene Psychosen, Hysterie, Kriegsneurosen 602

Anstaltswesen, Statistik, Allgemeines 606

Digitized by Google

Sanatorium Liebenstein DDr. Eichler-Seige
(vorm. Dr. Fülles' Sanatorium) Bad Liebenstein (Thür. Wald) / Fernruf Nr. 8
Klinisch geleitetes Sanatorium für innere und Nervenkranke
Kurmittel des kohlensauren Stahlbades Liebenstein (243)
Besitzer und leitende Ärzte:
Dr. Seige, Facharzt für Nervenkrankheiten / Dr. Eichler, Facharzt für innere Krankheiten

Kuranstalten Westend (vorm. Dr. Weiler – Dr. Schlomer's Kuranstalten)
Ulmenallee Nr. 35, Nußbaumallee Nr. 30 und Nr. 38
Fernsprecher: Amt Westend Nr. 506 und 507
Getrennte Häuser u. Villen für Nerven- u. Gemütskranke, Morphinisten u. Erholungsbedürftige
Geh. Rat Prof. Dr. Henneberg Dr. Schlomer (228) Dr. Möllenhoff

Sanatorium Berlin-Lichterfelde (Ost)
vormals Geh. San.-Rat Dr. Goldstein
Jungfernstieg 14
Für Nervenkranke u. Erholungsbedürftige. Behandlung aller Nervenkrankheiten. Elektrotherapie. **Morphium-Entziehung.** — **Mäßige Preise.** — Telephon Lichterfelde 2020. — 16 Minuten ab Potsdamer Bahnhof. Herrliche Parkanlagen.
Dr. Martin Goldstein (244)

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9
Vor kurzem erschien: **Das Sputum.** Von Professor Dr. **Heinrich von Hoesslin,** Berlin. Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage. 495 Seiten mit 130 größtenteils farbigen Abbildungen. 1926. RM 66.—; gebunden RM 69.—

QUADRONAL

bei fast allen Krankenkassen zugelassen

Rp. Phenyldimethylpyrazolon. Oxyäthylacetanilid. Lactyl-p-Phenetidid. Coffeinum pur.
Packungen: 20×0,5 10×0,5 Spitalpackungen

Höchste Wirksamkeit bei:

Migräne, Anfällen von Gicht, Ischias, rheumatischen Beschwerden, Nervenentzündungen, nervöser Abspannung, Menstruations-Beschwerden, Trigeminus-Beschwerden, Schnupfen, Erkältungskrankheiten und Grippe.

Proben und Literatur kostenlos

Asta-Werke A.-G., Chemische Fabrik Brackwede in Westfalen

Wir sind gleichzeitig Hersteller von **Dr. Kipper's Emulsion,** die von Fachleuten anerkannt wird und die schmackhafteste sein soll, die bisher existiert. Lassen Sie sich Geschmacksprobe und Literatur kommen.

Hierzu eine Beilage von den Verlagsbuchhandlungen Julius Springer in Berlin und Wien

Digitized by Google

Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig

BAL.
JUL 21 1926

ZENTRALBLATT FÜR DIE GESAMTE NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE

REFERATENTEIL DER ZEITSCHRIFT FÜR DIE GESAMTE NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE UND FORTSETZUNG DES VON E. MENDEL BEGRÜNDETEN NEUROLOGISCHEN CENTRALBLATTES
REFERATENBLATT DER GESELLSCHAFT DEUTSCHER NERVENÄRZTE
OFFIZIELLES ORGAN DER BERLINER GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND NERVENKRANKHEITEN

REDIGIERT VON

R. HIRSCHFELD, BERLIN — K. MENDEL, BERLIN — W. SPIELMEYER, MÜNCHEN

SCHRIFTLEITUNG: R. HIRSCHFELD, BERLIN W 9, LINKSTR. 23/24

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9

BAND XLIII, HEFT 11/12 — 15. JUNI
S. 609—736 — 1926

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Autorenverzeichnis.

(Die Zahlen beziehen sich auf die Seiten.)

Achard, Ch. 693.
Adam, James 679.
Adrogué, Esteban 649.
Agar, W. E. 643.
Agostini, Cesare 670, 729.
—, Giulio 672.
Albrecht 734.
André-Thomas 690.
Arkin, Aaron 704.
Arnoldson, Nils 679.
Auden, G. A. 672.
Babonneix, L. 695.
Badonnel 655.
Bárány, R. 622.
Barbé 715.
Barrieu, Raymond 647.
Barthel, Ernst 640.
Bauer, Julius 681.
—, K. H. 730.
Beall, Charles G. 648.
Bechterew, W. 620.
Behr, Carl 650.
Beisso, Orestes 673.
Bellina, Gregorio 650.
Benon, R. 658.
Beresin, W. J. 698.
Bergemann, Wilhelm 634.
Berze, Josef 718.
Bielawski, Oskar 717.
Bjerre, Poul 642.
Bleuler, E. 726.
Bloise, Nicolás Leone 678.
Blumenthal 621.
Bobrie, Jean 700.
Boenheim, Curt 702.
Boenninghaus, Georg 726.
Bogaert, L. van 684.
—, Ludo van 681.
Bogen, Hellmuth 636.
Bogomolov, T. 721.
Bolten, G. C. 684, 735.
Bonaba, José 673.
Bonasera, Giuseppe 654.
Bonhoeffer, K., 721, 736.
Bonola, F. 645.
Bonvicini, G. 724.
Boström, C. G. 679.
Bourdier, F. 651.
Bowman, K. M. 655.
Bravetta, Eugenio 695.
Bregman, E. E. 679, 683.
Bremer, Friedrich Wilhelm
Bresowsky 719. [706.
Briau, Raymond 724.
Bruchanskij, N. 722.
Brückner, A. 633.
Brugnatelli, Ernesto 719.
Brunner, Hans 681.
Brussilovskij, L. 714.
Bucciardi, Giulio 662.
Büch, E. 678.
Bürklen, K. 683.
Bumke 653.
Bunnemann, Otto 640.
Buscaino, V. M. 668.
Buschke, A. 729.
Busik, M. S. 648.
Businco, A. 668.
Buzzard, E. Farquhar 660.
Bychovskij, Z. 694.
Cantonnet, A. 669.
Carmichael, Leonard 730.
Carp, E. A. D. E. 717.
Cavallucci, Ugo 700.
Cavengt, Santiago 712.
Celasco, Juan Luis 692.
Černi, L. 693.
Chevallier, A. 627.
Cholin, N. 689.
Choroško, W. 710.
Clark, R. M. 713.
Claude, Henri 655, 723.
Cluzet, J. 627.
Cohen, G. 687.
Collins, K. H. 620.
Cordes, Wilhelm 674.
Cornelius, René 656. [682.
Critchley, Macdonald 674,
Cronin, Herbert J. 724.
Čugunov, S. 710.
Cummer, L. 663.
Daiber, Georg 654.
Damaye, Henri 724.
D'Antona, Leonardo 618,
—, S. 618. [690.
Daraszkiewicz, L. 719.
Dashiel, J. F. 682.
David 669.
De Crinis, Max 709.
Dědeček, Josef 682.
Dedichen, Henrik A. Th.
Dekester 669. [782.
Delbeke, R. 684.
Delherm 697.
De Lisi, L. 668.
Delmas-Marsalet, P. 619,
Determann 693. [631.
Dexler, H. 643.
Dirksen, Eduard 726.
Doxiades, L. 629.
Draganesco, S. 683.
Ducuing, J. 689.
Dürck, Hermann 613.
Dutheillet de Lamothe 705.
Elekes, N. 671.
Ellis, Havelek 641.
Elsberg, Carles A. 675.
Engel, Werner 696.
Engelhard, C. F. 658.
Epstein, Herbert A. 685.
Escudero, Pedro 725.
Ewald, G. 728.
Falkiewicz, Tadeusz 700.
Fenichil, Otto 642.
Fischer, B. 620.
—, H. 707.
Flarer, Franco 628.
Fleck, Ulrich 714.
Foerster, O. 625.
Fontes, Joaquim 627.
Fränkel, Ernst 618.
François, Marcel 630.
Fremel, F. 680.
Freudenberg, Karl 657.
Frey, M. v. 624.
Friedländer, A. A. 721.
Friedmann, Alice 638.
Fry, C. C. 655.
Fürbringer 702.
Gamper 736.
Gantkowski, Pawel 723.
Garriga, Manuel 665.
Gartner, Pál 656.
Gaupp, Robert 653.
Geimanovič, A. 631.
Gelma, Eugène 713.
Gemelli, Agostino 637.
Genil-Perrin 660.
Giacanelli, Vittor Ugo 718.
Giroux, René 693.
Giuffré, Liborio 664.
Glover, James 640.
Goldblatt, G. 711.
Goldstein, Kurt 629.
Goroncy, Curt 727.
Grabfield, G. P. 672.
Grawitz, Ernst Robert 698.
Grenet, H. 693.
Groß, Adolf 732.
Gruhle, Hans W. 726.
Grund, G. 627.
Guillain, Georges 665, 700.
Gumpert, Martin 729.
Haberland, H. F. O. 644.
Hadfield, J. A. 640.
Halberstadt, G. 719.
Hamilton, J. R. 702.
Hancock, Allen 672.
Harrod, Morse 689.
Hartmann, Heinz 713.
Haskell, Charles C. 702.
Hauptmann, M. 730.
Heckford, Frank 649.
Heinemann, H. 665.
—, Lotte 665.
Hellstern, Erwin P. 728.

Digitized by Google

Henderson, W. C. 702.
Henneberg 786.
Herman, Eufemjusz 619, 694.
Hermann, Imre 725.
Herrmann, G. 707.
Higier, Henryk 674.
Hildebrand, Philipp 699.
Hirsch, Oskar 694.
Hofmann, Lotar 677.
Horniček, Vit 704.
Hurst, E. Weston 610.
Hvidt, C. 681.
Jackson, Arnold 696.
Jackson, J. Hughlings 649.
Jacobson, Edmund 634.
Janota, Otakar 704.
Jarisch, A. 626.
Jelliffe, Smith Ely 646.
Ingelrans, Pierre 706.
Johnsen, Sigurd W. 695.
Jones, Hamilton P. 665.
Jossmann 786.
Irger, J. 668.
Isaac-Georges, P. 698.
Israelson, M.-M. 701.
Juliusburger, Otto 723.
Izzo, Roque A. 699.
Kaijser, R. 620.
Kalischer, S. 715.
Kasanin, J. 672.
Keiller, W. 611.
Kessler, Siegfried 688.
Kiesow, F. 788.
Kihn, Berthold 714.
Kino, F. 688.
Kitzinger, F. 727.
Klages, Ludwig 689.
Klauder, Joseph V. 725.
Kleijn, A. de 621.
Koeppe, Hans 662.
Koopman, J. 697.
Koppányi, Theodore 650.
Kries, J. v. 628.
Krjukow, A. J. 657.
Křivy, Miroslav 673.
Krizman, A.-S. 701.
Kron, J. 686.
Krontowskij, A. 666.
Krupenin, S. 684.
Kubik, Charles S. 682.
Künkel, Fritz 659.
Kuljkov, A. 646, 669.
Kure, S. 716.
Kylin, E. 647.
La Franca, S. 728.
Laignel-Lavastine 656.
Lampl, Hans 642.
Lang, Emmy 686.
—, Käthe 696.
Lange, Cornelia de 616.
Lapinsky, Michael 687, 691.
Laquerrière 697.
Laroche, Guy 665.
Laruelle, Léon 677.
Laughton, Nelles B. 650.
Laurent, Roger 729.
Lechelle, P. 665.
Lehrmann, J. 702.
Lemperg, Fritz 702.
Leschtschenko, G. D. 670.
Leunda, Juan José 673.
Levantowskij, M. 612.
Levy-Suhl, Max 651
Lewy, F. H. 618.
Ley, M. A. 780.
—, R. A. 679.
Leyser, Edgar 719.
Lhermitte, J. 616, 695.
L'Heureux, Marcel 706.
Lian, Camille 647.
Lipmann, Otto 636.
Lloyd, James Hendrie 635.
Löwenstein, Otto 636.
Löwy, Julius 702.
Lokšina, E. 654.
Lombroso, Gina 727.
Looney, Joseph M. 655.
Lorente de Nò, R. 622.
Luncangeli, Gian Luca 656.
Lund, Robert 680.
Lyne, Frank R. 668.
McCutcheon, A. M. 711.
McGlasson, I. L. 611.
Maclaire, A. S. 661.
McWilliam, Wm. 656.
Mainzer, Fritz 646.
Maloff, G. A. 698.
Manjkovskij, B. 710.
Mannino, Lorenzo 664.
Marchand, L. 676, 708.
Marcuse, Max 639.
Margolin, G. S. 692.
Margulis, M. 699.
—, M. S. 671.
Marinesco, M. G. 683, 685.
Martel, de 705
Matthey, R. 619.
Mauz, Friedrich 653.
Meisel, H. 703.
Meyer, Erich W. J. 687, 652.
Meyerson, I. 630.
Miklaszewski, W. 727.
Miller, Margaret 687.
Mitnitzky, D. M. 648.
Moehlig, Robert C. 712.
Monateri, G. 700.
Montassut, Marcel 723.
Mott, Frederik 715.
Mühlens, Peter 646.
Müller-Braunschweig, Carl
Mumford, P. B. 719. [641.
Neufeld, Ludwig 664.
Neumann, Johannes 640.
Nicolau, L. 703.
Nicole, J. Ernest 714.
Niina, T. 664.
Nudelman, L. 683.
Ogden, Robert Morris 635.
Ohm, J. 686.
Oppenheim 736.
Ossipow, V. P. 652.
Ossokin, N. 648.
Ottonello, Paolo 671.
Pachon, V. 619.
Palieri, Domenico 616.
Palma, Raffaele 687.
Panzel, Adolf 625.
Pauli, R. 687.
Paulian 686.
Pellacani, G. 713.
Pelnář, J. 682, 688.
Pendleton, C. R. 625.
Perdrau, J. R. 667.
Perelmann, Alexander 720.
Périsson, J. 700.
Petersen, Hans 632.
Petrowsky, W. W. 698.
Pewny, Walther 702.
Peyrot, J. 720.
Phelipeau, J. 690.
Piaget, Jean 635.
Pieraccini, Carlo 731.
Piéran, Henri 630.
Pinéas 786.
Platonov, K. 726.
Polisar, J. M. 678.
Pollock, Horatio M. 658.
Ponzo, Mario 633.
Portú Pereyra, E. 678.
Poynder, E. G. T. 655.
Přecechtěl, Ant. 622.
Prosorov, L. 656.
Puccinelli, Enrico 611.
Pussep, L. 673.
uint, L. 671.
Radó, Sándor 660.
Radovici, A. 708.
Raskina, R. 711.
Redlich, Fritz 697.
Reich, Wilhelm 726.
Reichel, Heinrich 781.
Reinheimer 728.
Rice, J. B. 692.
Rieti, Héctor 656.
Rittershaus, E. 634.
Robin, Gilbert 724.
Rodiet, A. 659.
Römcke, Olaf 649.
Roemer, Hans 782.
Rogge, Heinrich 641.
Rosenov, W. 704.
Rosenstein, L. 722.
Roussy, Gustave 617.
Rudofsky, F. 614.
Rudolf, G. de M. 715.
Rüssel, Arnulf 636.
Ruge, Reinhold 646.
Russell, J. 655.
Sacabejos, H. 715.
Saffiotti, F. Umberto 624.
Sarwey, O. 728.
Sauer, Walter 687.
Scheer, W. M. van der 659.
Schenk, Fritz 648.
Schiessl, M. 705.
Schiff, P. 616, 676.
Schilder, Paul 713.
Schloffer, H. 618.
Schmalhausen, Samuel D.
Schmidt, Rudolf 729. [641.
Schneider, Carl 642.
Schridde, Herm. 707.
Schriever, Hans 624, 629.
Schröder, Christoph 644.
Schuster 734, 786.
Schuurmans Stekhoven, J. H. 782.
Schwarz, Ernst 685.
Šebek, Jan 670.
Seiler, Eduard 628.
Seng, Herbert 659.
Ševaleva, E. 687.
Sézary 715.
Sgrosso, S. 684.
Shand, Alexander 640.
Shimidzu, Kenmatsu 627.
Shimoda, M. 716.
Shuster, Benjamin H. 678.
Sicard 688.
Siegheim, Friedrich 735.
Siegmeister, Wm. 678.
Siemens, H. W. 687.
Simchowicz, T. 679.
Simson, T. 661.
Sital Chandra Dutt 663.
Skramlik, Emil von 623.
Slonimskaja, W. 703.
Smith, S. Mac Cuen 678.
Sokolowski, M. 663.
Sommer, R. 631, 706.
Soyka, Ludwig 681.
Spielmeyer, W. 609.
Spitzer, Alexander 621.
Ssereiskij, M. 654.
Ssolowjev, B. 618.
Stanojević, Laza 655.
Starker, W. 631.
Steel, John P. 714.
Stein, Conrad 681.
—, H. 625.
Stewart, J. Edgar 626.
Stiefler, Georg 676.
Stier, Ewald 707, 733, 734.
Stoel, G. 626.
Stolkind, E. 695.
Storch, Alfred 717.
Strauss, A. 688.
Strümpell, Adolf 645.
Strughold, Hubert 624.
Stuurman, F. J. 653.
Szily, A. v. 614.
Taccone, G. 665.
Targowla, R. 655.
Tatum, A. L. 620.
Tauber, Kurt 694.
Taylor, K. P. A. 692.
Terplan, K. 612, 614.
Thévenard, A. 700.
Thomsen, Hugo 669.
Thurzo, Jenö 707.
Timerding, H. E. 638.
Timmer, A. P. 676.
Toulouse, Ed. 708.
Towne, E. B. 695.
Trapet 659.
Trömner, Ernst 657.
Trutnev, W. 678.
Uchiyama, Tai 667.
Urbantschitsch, Rudolf 660.
Urechia, C. I. 671.
Vána, Antonín 663.
Vas, Jenö 712.
Vedel, Puech 670.
Veillet 668.
Ventra, Carmelo 657.
Verth, Max zur 646.
Vervaeck 733.
Vidal 670.
Viela, A. 689.
Vignes, Henri 698.
Villa, Luigi 694.
Vincent, Cl. 705.
Vivaldo, Juan Carlos 701.
Vogt, Cécile 652.
—, Oskar 610.
Wagner, R. 629, 690.
Weber, József 690.
Weill, René 697.
Weiss, Edoardo 642.
Wertheimer, Pierre 628.
Wessely, Alfred 689.
Weygandt 711.
Wheelon, Homer 698.
Wilbrand, H. 649.
Wildermuth, Hans 710.
Wilson, Richard B. 610.
Wodak, E. 620.
Wöhlisch, Edgar 629.
Wollenberg, R. 632.
Worms, G. 648.
Wysocki, Joseph 617.
Zacharčenko, M. 673.
Zandowa, N. 661.
Zbyszewski, Léon 617.
Ziehen, Theodor 651.
Zinny, Mario 701.
Zordan, Dino 701.

Digitized by Google

Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.
Band XLIII, Heft 11/12 S. 609—736

Referate.

Normale und pathologische Anatomie.

Spielmeyer, W.: Zur Pathogenese örtlich elektiver Gehirnveränderungen. (*Dtsch. Forschungsanst. f. Psychiatrie, München.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 99, H. 5, S. 756—776. 1925.

Das im Titel bezeichnete Problem erfährt durch die vorliegende Studie eine überaus gründliche Behandlung und wesentliche Förderung. Es konnte durch die Untersuchungen Spielmeyers und seiner Mitarbeiter gezeigt werden, daß die bei verschiedenen Krankheiten mit großer Regelmäßigkeit zu beobachtende örtliche Elektivität bestimmter Veränderungen — Degeneration der Purkinjeschen Zellen der Kleinhirnrinde, z. B. bei Fleckfieber und Typhus, Entartungen und Sklerosen des Sommerschen Sektors im Ammonshornband bei genuiner Epilepsie und sonstigen mit Krampfzuständen einhergehenden Erkrankungen, Erweichungen im Pallidumgebiet bei Kohlenoxydvergiftung — nicht pathogenetisch einheitlich sind, sondern daß sie auf verschiedene Weise entstehen. Nur für die Degeneration der Purkinjeschen Zellen läßt sich die frühere, für alle die genannten Prozesse gültige Ansicht einer besonderen Giftempfänglichkeit als ortsbestimmenden Faktors noch aufrechterhalten; hier kann, wie das bisher geschehen ist, für die räumliche Elektivität ein endogener, den Zellen eigener Faktor zur Erklärung herangezogen und eine besondere biochemische Struktur der Örtlichkeit — Pathoklise von O. und C. Vogt — als die Hauptbedingung für die elektive Lokalisation angenommen werden. Im übrigen ist die besondere Lokalisation von den regionären Kreislaufverhältnissen, dem Gefäßverlauf und der Gefäßversorgung abhängig und durch zirkulatorische Störungen, auch entzündliche Störungen am Zirkulationsapparat, pathogenetisch bedingt. Das geht aus den Untersuchungen der Ammonshornveränderungen, über die ausführlich auch an Hand von Mikrophotogrammen berichtet wird, eindeutig hervor. Die regelmäßig wiederkehrende Lokalisation im Bereiche des Sommerschen Sektors ist dadurch bedingt, daß diese Gegend von einem besonderen arteriellen Gefäß versorgt wird, das in der Nahtstelle zwischen Gyrus hippocampi und dentatus eindringt, dort im Septum weiter verläuft und bei seiner Aufteilung (unter individueller geringer Variation) in dem so häufig zur Degeneration kommenden Territorium des Ammonshornbands sich verästelt. Es ist sehr wahrscheinlich, daß der besondere Verlauf des Gefäßes im Septum eine Disposition desselben zu Zirkulationsstörungen mit Ischämie, Nekrose und sekundärer Narbenbildung abgibt. Für die im Ausbreitungsgebiet des Gefäßes typisch lokalisierten Sklerosen bei genuiner und symptomatischer Epilepsie und (Huntingtonscher Chorea, Keuchhustenepilepsie) läßt sich annehmen, daß hier funktionelle Gefäßkrämpfe und angiospastische zu Ischämie und Degeneration führende Zustände die grundsätzliche pathogenetische Rolle spielen. Die Bedeutung der Gefäßverhältnisse als ortsbestimmendem Faktor hat weiter die Untersuchung von Hirnen bei Kohlenoxyd vergiftung ergeben, indem hier die Abhängigkeit der Erweichung im Pallidumgebiet von der besonderen Art der capillären Gefäßanordnung, die das Auftreten von Stasen und ihrer Folgen für das Gewebe leicht ermöglicht, einwandfrei gezeigt werden konnte. Für den Morphologen sind die Ergebnisse der vorliegenden Studie besonders erfreulich. Geht doch aus ihnen wieder hervor, wie sehr gewissenhafte morphologische Analyse mit kritischer Verwertung der erhaltenen Befunde bisher durchaus ungeklärte und mit morphologischen Methoden überhaupt anscheinend nicht erklär-

Digitized by Google

und angreifbare Fragen fördern und einem befriedigenden Verständnis entgegenführen kann. *Schmincke* (Tübingen).

Vogt, Oskar: Ein weiterer Beitrag zur elektiven Natur der pathoarchitektonischen Veränderungen der Großhirnrinde. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 284—288. 1925.

Besprechung einiger neuer Fälle, „in welchen der Krankheitsprozeß . . . haarscharf mit den Grenzen architektonischer Rindenfelder zusammenfällt". Die Fälle — darunter eine Arteriosklerose — sollen neue Belege für die bekannte Theorie des Autors darstellen; es handele sich dabei um eine Pathoklise der betreffenden Rindenfelder, als Ausdruck ihrer physikochemischen Eigenschaften. Weitere neue Beobachtungen sollen das Vorkommen laminärer Elektivität von Erkrankungen demonstrieren und gleichfalls als Stütze für die Vogtsche Lehre von dem häufigen Auftreten von Systemerkrankungen in der Großhirnrinde dienen. (Über die Einwände, die gegen das Bestreben nach einheitlicher Erklärung aller lokalen Vulnerabilität zu machen sind, vgl. u. a. Spielmeyer, Zur Pathogenese örtlich elektiver Gehirnveränderungen, vgl. dies. Zentrlbl. **41**, 700 u. vorstehend. Ref.) *Neubürger* (München).

Wilson, Richard B.: Brain repair. (Reparationsvorgänge im Gehirn.) (*Psychopathic hosp. a. pathol. laborat., Massachusetts dep. of ment. dis., Boston.*) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **15**, Nr. 1, S. 75—84. 1926.

In 2 Paralytikergehirnen, von denen das eine 6 Tage vor dem Tode, das andere 7—11½ Monate vor dem Tode 6mal mit stumpfen Nadeln punktiert wurde, wurde die Umgebung der Stichkanäle histologisch untersucht. Beim frischen Stichkanal fand sich ziemlich intensive Infiltration, bestehend aus kleinen Rundzellen, Phagocyten und Zelldetritus. In einer zweiten Zone um den Stichkanal bestand Vermehrung der Gliazellen. Die Infiltration ist im Bereiche der Rinde und unmittelbar darunter am stärksten und nimmt gegen die Tiefe ab. Die Ausfüllung der Kanäle, die durch bindegewebige Elemente erfolgt, hängt anscheinend dem Grade nach von der Vascularisation des Gewebes ab; in den älteren Kanälen war sie naturgemäß weiter vorgeschritten. In den tieferen weißen Schichten waren die Kanäle nur unvollständig mit lockeren Bindegewebszügen ausgefüllt. in deren Maschen sich zahlreiche Phagocyten und Detritus fanden. Bemerkenswert ist im zweiten Fall das Vorhandensein eines dichten Lagers guterhaltener Erythrocyten am Ventrikelende des Punktionskanals, 7 Monate nach der letzten Punktion. Die Gliareaktion manifestierte sich durch Vermehrung des Protoplasmas. — Aus den Befunden ergibt sich, daß, in Übereinstimmung mit älteren Befunden, die Reparation durch bindegewebige Elemente erfolgt, weiters, daß die Schädigung des Gehirns bei Injektion von salvarsanisiertem Serum in die Ventrikel — darum handelte es sich in diesen Fällen — nicht schwerer ist als bei einfacher Punktion mit sterilen Nadeln. *Erwin Wexberg* (Wien).

Hurst, E. Weston: On the so-called calcification in the basal ganglia of the brain. (Über die sog. Verkalkung in den basalen Hirnganglien.) (*Nat. hosp. f. the paralysed a. epileptic, London.*) Journ. of pathol. a. bacteriol. Bd. **29**, Nr. 1, S. 65—85. 1926.

Untersucht wurden 100 Fälle der verschiedensten cerebralen und anderweitigen Erkrankungen der verschiedenen Lebensalter, und zwar anscheinend ausschließlich die Zentralganglien. 1. Mit Haematoxylin färbbare Ablagerungen in Gefäßen des glob. pallid. fanden sich in 50 Fällen. Sie treten einmal bei sonst völlig gesunden Arterien auf und betreffen dann entweder die Elastica interna oder die Grenze zwischen Media und Adventitia, von da auf die Adventitia und später auf die Media übergreifend, oder den Rand des Virchow-Robinschen Raumes, in kleinen Arteriolen den inneren oder äußeren Adventitiasaum. Nur bei letzteren besteht bisweilen Verdickung und Hyalinisierung der Wand. In den Fällen mit gleichzeitiger Atherosklerose findet man zunächst dieselben Verhältnisse, selten Ablagerungen in den atheromatösen Intimaherden, aber auch diese auf den globus pallidus beschränkt. 2. Degenerationskörperchen

Digitized by Google

— in 68 Fällen gefunden — treten in 3 Formen auf: 1. Als kleine Kügelchen von der Größe eines Gliakernes, 2. maulbeerförmige Körperchen, 3. größere runde oder unregelmäßig gelappte Massen. 1 und 2 finden sich nur in Begleitung von Gefäßablagerungen, 3 auch unabhängig davon in den übrigen basalen Ganglien. „Fettige Degenerationsprodukte" kommen als Fettreaktionen gebende Kügelchen und als braungelbes bis braunes Pigment von der Art des Ganglienzellpigments vor. Obwohl in der Adventitia diese Pigmentkörper oft in innigem Verein mit den hämatoxylinfärbbaren Ablagerungen angetroffen werden und andrerseits manche Pigmentmassen sehr den „Degenerationskörperchen" gleichen, konnten doch Übergänge zwischen beiden nie beobachtet werden. — Alle aufgeführten Befunde sind völlig uncharakteristisch und kommen bei den verschiedensten Affektionen vor. Kalksalze konnten in keinem Falle nachgewiesen werden. Schwefelsäure erzeugte keine Gipskrystalle. Behandlung mit Oxalsäure, in der Kalksalze unlöslich sind, verhindert eine Färbung nach der Klotzschen Methode und mit Silbernitrat. Nach Oxalsäure, in der auch Eisen, und nach Salzsäure, in der auch Calcium löslich ist, wird in gleicher Weise die Färbung mit Hämalaun purpurbraun, alles Befunde, die gegen die Anwesenheit von Kalksalzen sprechen. Dagegen war Eisen stets nachweisbar. Dieses spielt jedenfalls die Hauptrolle bei diesen Ablagerungen; nach Lösung durch Oxalsäure färben sich letztere mit Klotz' Hämatoxylin gar nicht mehr, mit Hämalaun nur noch schwach. Die färberischen Eigentümlichkeiten gegenüber sonstigen Fe-Ablagerungen können entweder auf Besonderheiten der Fe-Verbindungen oder auf der Gegenwart eines zweiten Körpers beruhen; welcher das jedoch sein sollte, da es nicht Kalk ist, kann Verf. sich nicht vorstellen. Er hält für wahrscheinlich, daß der globus pallidus besonders zu Degenerationsvorgängen neige, daß die Abbauprodukte zu den Gefäßen abtransportiert und besonders in der vorderen Hälfte des globus pallidus infolge des Eisenreichtums dieser Gebiete mit Eisensalzen imprägniert werden. Nur der 3. Typ der Degenerationskörperchen kann bisweilen eisenfrei sein. In der Mehrzahl der Fälle fehlten alle klinischen Symptome, die auf die berichteten Befunde hätten bezogen werden können. Deshalb ist es auch nicht statthaft, in den Fällen, wo doch solche vorliegen, einen Kausalzusammenhang anzunehmen. — Die neueren Arbeiten von Spatz sind vom Verf. nicht berücksichtigt worden. *F. Wohlwill* (Hamburg).

Puccinelli, Enrico: Sulla reazione siderotica di alcune formazioni pseudocalcaree nell'encefalo. (Über die Eisenreaktion scheinbarer Verkalkungsgebilde im Gehirn). (*Istit. di anat. patol., univ., Pisa.*) Riv. di patol. nerv. e ment. Bd. **30**, H. 6, S. 471 bis 486. 1925.

In einem Falle von Encephalitis epidemica fanden sich neben multiplen entzündlichen Infiltrationen und degenerativen Veränderungen in den bas. Ganglien, der Brücke u. Med. oblongata kalkähnliche Ablagerungen einer granulierten Substanz in den Gefäßwänden und frei im nervösen Gewebe, welche sich mit Hämatoxilin dunkelviolett färbte, durch die mikrochemischen Reaktionen jedoch als kalkfrei und eisenhaltig erwies. Es handelt sich nach Ansicht des Verf. um die Einlagerung von Eisen in eine hämatoxylinophile Grundsubstanz, wie sie auch bei den Verkalkungsprozessen die Grundlage für die Einlagerung der Kalksalze bildet. Die Färbung mit Hämatoxylin ist deshalb diagnostisch unverläßlich und muß durch besondere Methoden des Kalk- und Eisennachweises ergänzt werden. Wie diese Ablagerungen entstehen, ist noch nicht ganz klar gestellt. Vielleicht bildet sich die hämatoxylinanziehende Grundsubstanz mit einer besonderen Affinität zum Eisen in Verbindung mit noch dunklen Prozessen oder führt die Erkrankung des nervösen Gewebes in an und für sich sehr eisenpigmenthaltigen Gebieten zu einer Störung des Eisenstoffwechsels. Unter den degenerativen Prozessen der Gehirngefäße ist die Form mit Ablagerung einer körnigen eisenhaltigen Substanz von den Verkalkungen abzugrenzen. *Zingerle* (Graz).

McGlasson, I. L., and W. Keiller: Microscopic condition of spinal cord in pemphigus. Report of a case. (Mikroskopischer Befund des Rückenmarks bei Pem-

Digitized by Google

phigus. Mitteilung eines Falles.) Arch. of dermatol. a. syphilol. Bd. 12, Nr. 6, S. 829 bis 836. 1925.

Bei einer Frau, welche an einem ausgedehnten Pemphigus litt, fanden sich im Rückenmark vielfache Blutungen, Veränderungen der Nervenzellen und außerordentlich zahlreiche Corpora amylacea, deren Anordnung und Quantität ausführlich geschildert wird auf Kosten viel wichtigerer histologischer Einzelheiten. Diese Überschätzung der Corpora amylacea wird dadurch etwas korrigiert, daß der eine Verf. im Schlußsatze bemerkt, er habe bei einem anderen Falle von Pemphigus diese Körperchen vermißt. Als gemeinsame Ursache des Haut- und Rückenmarksbefundes wird eine schwere Toxämie angenommen. *Hallervorden* (Landsberg a. W.).

Terplan, K.: Histologische Befunde in sympathischen Ganglien. (*Pathol.-anat. Inst., dtsch. Univ. Prag.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 73, Nr. 4, S. 150—152. 1926.

Verf. hat in über 70 Fällen bei den verschiedensten Krankheiten das Gangl. cerv. sup., G. stellatum und G. coeliacum untersucht; jedoch je länger er untersuchte, desto weniger ist an Befunden geblieben, die man mit Sicherheit als pathologisch, geschweige denn als spezifisch für bestimmte Krankheiten bezeichnen könnte. Bei 17 septischen und anderen Infektionskrankheiten war in der großen Mehrzahl der Fälle überhaupt nichts Pathologisches festzustellen, in den übrigen Fällen betrafen die nachweisbaren Veränderungen — Chromatolyse, Vakuolisierung, Kernverlust bei vergrößerter Kapsel mit grobkörnigem Plasma usw. — lediglich ganz vereinzelte Zellen, und das kommt auch bei nicht infektiösen Krankheiten vor. Sehr wechselnd und schwer zu beurteilen ist der Fettgehalt der Ganglienzellen. Wucherung der Kapselzellen, auch einseitige, ist vom 4. Jahrzehnt ab nicht pathologisch, echte Neuronophagie sicher sehr selten. Vereinzelte Rundzellen im Interstitium sieht man bei älteren Individuen fast regelmäßig; echte entzündliche Infiltrate kommen nur selten vor; nur 2 mal (Sepsis, Atherosklerose) sah Verf. Plasmazellen, nur 1 mal (Endokarditis) Leukocyten. Die Bindegewebsmenge ist schon normalerweise wechselnd, sie ist im zentralen und peripherischen Ganglionabschnitt verschieden. Zwischen „Sklerose" der Ganglien und Atherosklerose (allgemeiner, die Ganglienarterien werden i. A. nicht atherosklerotisch) besteht kein Parallelismus. Die Anschauungen Staemmlers (vgl. dies. Zentrlbl. 35, 464) entbehren also der Grundlage. Selbst wenn es sich dabei um chronisch entzündliche Prozesse handeln würde, wären sie zu geringfügig, um folgenschwere Störungen durch sie erklären zu können. Andererseits weist Verf. auf Fälle mit schweren, grob-anatomischen Veränderungen hin, die klinisch jede vegetative Störung vermissen ließen. Ref. möchte erwähnen, daß er bei noch unveröffentlichten Untersuchungen zu ganz ähnlichen Ergebnissen gekommen ist wie Verf. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Levantowskij, M.: Zur Histopathologie der Gefäßläsionen der Nervenstämme. Sovremennaja psichonevrologija Jg. 1, Nr. 3/4, S. 44—51. 1925. (Russisch.)

Nach Erörterung der bisherigen Literatur über die Pathologie der Gefäße im Zusammenhang mit Läsionen der peripheren Nervenstämme, an der die Untersuchungen von Reinhardt (1913) besonders hervorgehoben werden, beschreibt Verf. 4 eigene Fälle von Läsion des N. ischiadicus (und zwar bei 3 Frauen im Alter von 30—50 Jahren und 1 Manne von 40 Jahren, dabei handelt es sich um rein autoptische Befunde, denen leider keinerlei klinische Angaben gegenüberstehen. — In diesen Fällen fand Verf. einen tiefgreifenden pathologischen Prozeß, der das ganze Gefäßsystem des Nervenstammes ergriffen und seinen Ausdruck namentlich in den Venen in Form einer Peri- und Thrombophlebitis gefunden hatte. Diese Befunde hält Verf. für primär, während er den gleichzeitig bestehenden sklerotischen Zustand der Arterienäste auf Erschwerung des Kreislaufs in den Venen und eine reaktive Vermehrung des Bindegewebes auf den vasculären Prozeß zurückführt. Dabei schreitet die Hypertrophie der bindegewebigen Elemente rasch von normalen Fibroblasten zu einem derben sklerotischen Gewebe fort, das alle Spalten, Fett- und Ödemräume u. a. ausfüllt. Die ziemlich intensive Affektion der Nervenstämme zeigt den Typus der Neuritis proliferativa (Virchow) und manchmal sogar jenen der Neuritis nodosa chronica (wenn eine Reihe von proliferativen Herden im Verlauf desselben Nervenstammes entstehen). An den Nervenfasern findet

Digitized by Google

man Bilder von Atrophie und verschiedene Stadien von Merkscheidenzerfall als weitere Folgen von Atrophie und Zirkulationsstörung. Es besteht auch ein gewisser Parallelismus zwischen der Intensität der Gefäßläsionen und jener an den Nervenstämmen, welche auch an eine Störung der Funktion der Nn. vasorum und sekundäre noch tiefer gehende Schädigungen des Gefäßsystems denken läßt. Selbstverständlich können derartige vasculär bedingte Prozesse an den Nervenstämmen zu verschiedenen klinischen Erscheinungen führen, die man zu einem besonderen, mit Phlebektasien und Varicositas venarum einhergehenden klinischen Symptomenkomplex zusammenfassen kann. — Die Befunde des Verf. und namentlich der Hinweis auf die Rolle, die vasculäre Prozesse bei der Genese von neuritischen Störungen spielen können, verdienen alle Beachtung; doch dürfte es schwer fallen, beim Fehlen von klinischen Daten und von sonstigen pathologisch-anatomischen Befunden zu einer bestimmteren Ansicht über den hier behandelten Fragekomplex zu gelangen. *M. Minkowski* (Zürich).

Dürck, Hermann: Über die mit herdförmigen Gliaproduktionen einhergehenden Erkrankungen des Zentralnervensystems. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. **29**, Beih. 1, S. 43—76. 1925.

Diese, eigene Forschungsergebnisse sowie Befunde anderer Autoren zusammenfassende Darstellung der Morphologie und des Wesens der herdförmigen Gliaproliferationen aus der Feder eines Kenners vom Range Dürcks ist sehr lesenswert und durch eine Reihe ganz hervorragend schöner und lehrreicher Abbildungen illustriert. Aus dem Inhalt sei kurz folgendes wiedergegeben. Man unterscheidet perivasculäre Knötchen, wie sie bei Malaria, Fleckfieber, Chagaskrankheit, Encephalitis epidemica, perniciöser Anämie vorkommen; periganglionäre Gliaproduktionen (Neuronophagie und Pseudoneuronophagie resp. Umklammerung); Strauchwerkbildungen, bei welchen protoplasmatische syncytiale Glia sich an Stelle von zugrunde gehenden nervösen Zellen oder Zellteilen setzt. Die echten perivasculären Gliaknötchen begegnen uns bei Krankheiten, welche auf dem Blutwege lokal zum Auftreten nekrotischer oder nekrobiotischer Bezirke führen; sie sind als defensive Reaktionen zu bezeichnen, deren sich der Organismus bedient, um einen Einbruch der nekrotisierenden Wirkung in das weitere nervöse Gewebe zu verhüten; sie stellen also den reinen Typ eines „defensiven Entzündungsprozesses" dar. Als Schulbeispiel solcher Gebilde kann die bekannte Gänseblümchenfigur des Durchschnitts eines Malariaknötchens gelten. Diese öfters mit ringförmigen oder schalenartigen Blutungen kombinierten, besonders in der weißen Substanz, in erster Linie im Balken anzutreffenden gliösen Knötchen hat D. bekanntlich als „Malariagranulome" bezeichnet. An dieser vielfach angefochtenen Bezeichnung hält er fest. Den Einwand, daß man unter einem Granulom in erster Linie eine mesenchymale Bildung sich vorzustellen gewohnt sei, widerlegt er folgendermaßen: Nach einem zweifellos ungemein seltenen Befund des Autors baut sich auch (im Gegensatz zum Syphilom) das ganz frische embolische Tuberculom des Zentralnervensystems in seinen ersten Stadien rein gliös auf; niemand wird Bedenken tragen, dies als Granulom zu bezeichnen; und ganz entsprechend wird man bei der Malaria verfahren dürfen, wo es sich bestimmt auch um ganz frisch entstandene Eruptionen handelt. Histologisch spezifisch sind die Malariagranulome nicht, wie das ja auch die bekannten infektiösen Granulome in frühen Stadien nicht sind: man kann z. B. einem jungen Leberknötchen nicht ansehen, ob es tuberkulöser oder syphilitischer Herkunft ist. Man wird sich also damit zufrieden geben müssen, im einzelnen Falle das Auftreten umschriebener knötchenförmiger Reaktionserscheinungen nach dem Einwirken bestimmter Schädlichkeiten zu konstatieren, und wird danach von Malariagranulomen, Fleckfiebergranulomen usw. sprechen dürfen. Wenig bekannt ist bei schweren Malariafällen das Auftreten von großen Massen gliogener Fettkörnchenzellen in der unmittelbaren Umgebung von plasmodienerfüllten Gefäßen; diese Zellanhäufungen können solchen Umfang annehmen, daß sie unter Umständen zu makroskopisch erkennbaren Erweichungsherden werden. Die Knötchen bei Fleckfieber und Chagaskrankheit sind den

Digitized by Google

Malariaherdchen ähnlich, doch fehlt ihnen gewöhnlich die zentrale Nekrose; die Gliazellen wuchern besonders dicht, und hämatogene Zellen, vorwiegend Leukocyten, sind in wechselnder Menge beigemischt. Den Malariaknötchen verwandt sind auch die Herdchen bei perniciöser Anämie; von Interesse ist, daß D. solche Herde auch bei sekundären Anämien und Leukämien gesehen hat. — Eine biologisch andere Bedeutung als die Knötchen haben die perigangliönären Gliaproliferationen und Strauchwerkbildungen. Bei ersteren treten die wuchernden Gliazellen offenbar im Verlauf chemotaktischer Anlässe auf, invadieren aktiv entweder lebende, aber toxisch infektiös geschädigte Ganglienzellen, um sie durch echte Zytophagie allmählich zu beseitigen, oder sie vermehren sich, aus normalen Trabantzellen hervorgehend, um ebenfalls geschädigte oder nekrobiotische Ganglienzellen und demarkieren diese gegen die Umgebung, ohne bisweilen in das Ganglienzellplasma selbst einzudringen. Eine Abart dieses Umklammerungsvorgangs stellt die bekannte Spielmeyersche sog. strauchartige Gliawucherung dar, deren klassischer Sitz der Molekularsaum der Kleinhirnrinde ist; sie ist als gliöse Substitution untergehender Nervenzellfortsätze, insbesondere Purkinjedendriten, aufzufassen und kann sich im weiteren Verlauf zu breit ausgedehnten Wucherungen entwickeln (Kleinhirn, Ammonshorn, Olive). — Weitere histologische Einzelheiten sind im Original nachzulesen; auf die ungemein anschaulichen Abbildungen sei nochmals verwiesen. *Neubürger* (München).

Terplan, K., und F. Rudofsky: Über zwei neurogene Tumoren in der Nasen- und Mundhöhle. (*Pathol.-anat. Inst. u. chir. Klin., dtsch. Univ. Prag.*) Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **14**, H. 1/2, S. 260—268. 1926.

2 Fälle. Im ersten handelt es sich um eine zweifellos neurogene Geschwulst der Nasenhöhle, die am meisten dem Bau nach einem retikulären Gliom entsprach, aber stellenweise auch an ein Neurinom erinnerte. Eine Encephalocele konnte ausgeschlossen werden, da Rindenelemente fehlten und der Schädel röntgenologisch keinen Defekt zeigte. Der zweite Tumor stellt ein Neurinom der Zunge dar, das auch Rosettenbildungen aufweist, die durch Querschnittsbilder der zwischen den Zellen gelegenen homogenen Substanz mit dichter Kernansammlung an der Peripherie zustande kommen. Im Inneren des Tumors ausgedehnte hyaline Entartung. — Für beide Tumoren gibt es nur sehr wenige Analoga in der Literatur. Bei den Neurinomen der Mundhöhle handelt es sich bis jetzt ausschließlich um operative intravitale Befunde, so daß nicht sicher zu sagen ist, ob es sich tatsächlich um solitäre Tumoren handelt oder doch um eine Teilerscheinung einer Recklinghausenschen Krankheit.

F. Wohlwill (Hamburg).

Szily, A. v.: Die Ontogenese der idiotypischen (erbbildlichen) Spaltbildungen des Auges, des Mikrophthalmus und der Orbitalcysten. Ein Beitrag zum Problem der Vererbung und Erwerbung des Koloboms. (*Univ.-Augenklin., Freiburg i. Br.*) Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 1: Zeitschr. f. Anat. u. Entwicklungsgesch. Bd. **74**, H. 1/3, S. 1 bis 230. 1924.

Die hervorragende Arbeit verdient Beachtung über den engeren Kreis der Fachgenossen des Verf. hinaus, insbesondere auch seitens der Neuropathologen, die sich mit dem Studium erblicher Nervenkrankheiten und speziell mit dem Studium der Genese von Mißbildungen des Zentralnervensystems befassen. Im ersten Kapitel nimmt v. Szily Stellung zu dem Problem der Einteilung der Mißbildungen. Im Anschluß an Lenz und Fischer teilt er die Mißbildungen ein in idiogene und peristatisch bedingte; idiogen sind solche, die in typischer oder dazu verwandter Weise vererbbar sind und demgemäß auch immer einen ganz gesetzmäßigen Entwicklungsgang nehmen; peristatisch bedingt sind solche, die durch Schädigungen verschiedenster Art und verschiedensten Grades entstehen können, demzufolge außerordentlich vielgestaltig, aber nicht vererbbar sind, jedenfalls eine Veränderung der Erbfaktoren im Sinne einer richtigen Idiokinese nicht herbeizuführen vermögen. Die chemischen oder physikalischen Einflüsse, die Veränderungen der Erbmasse zur Folge haben, bezeichnet Verf. als idiokinetische, die Verursachung solcher Erbänderungen als Idiokinese, die Folge als Idiovariation. Den Vorgang nichterblicher Änderungen der Keime oder der fertigen Lebewesen bezeichnet er mit Siemens als Parakinese. Die Ursachen der

Digitized by Google

Idiovariationen sind noch unbekannt; jede erbliche Mißbildung muß auf eine Mißbildung der Erbmasse zurückgehen, die allerdings nicht direkt wahrnehmbar ist. Für die idiotypischen Mißbildungen muß es gelingen, eine möglichst kontinuierliche Reihenfolge der einzelnen Entwicklungsstadien zu erhalten, von ihrem ersten Auftreten beim Embryo bis zur Vollendung, d. h. für eine jede Mißbildung muß eine von der normalen Entwicklung abweichende Ontogenese festzustellen sein; das morphologische Bild muß namentlich in den frühesten Stadien, bevor Veränderungen sekundärer Art eintreten, durchaus das Bild einer nicht krankhaft (im Sinne eines pathologischen Prozesses) anmutenden Anlage machen. Die auf peristatischem Wege hervorgerufenen Mißbildungen sind stets das Endprodukt von mehreren Faktoren: spezifische chemisch-physikalische Wirkung und Intensität der Noxe, Lokalisation und Ausdehnung der gesetzten Schädigung, Zeitpunkt der Einwirkung. Wenn man in der Frage der kausalen Genese der Mißbildungen weiterkommen will, so muß man früheste Stadien untersuchen, denn später wird das Bild durch sekundäre Veränderungen oft weitgehend verwischt (vgl. die Untersuchungen von Spatz über die Reaktionsweise des reifen und unreifen Gewebes nach Rückenmarksdurchtrennung). Im 2. Kapitel werden die bisherigen teratologischen Experimente zum Problem der Vererbung und Erwerbung des Koloboms kritisch beleuchtet. Versuche, durch chemisch-physikalische Einflüsse Kolobom zu erzeugen, sind wiederholt gemacht worden, auch einzelne Kolobomfälle bei Kaninchen nach solchen Einwirkungen gefunden worden: Bestrahlung (v. Hippel), Naphthalin (Pagenstecher), spezifische Cytotoxine (Guyer und Smith); auf der anderen Seite sind aber bei planmäßigen Züchtungsversuchen (v. Hippel, v. Szily u. a.) in ganz überwiegend größerem Maße Kolobome gefunden worden, und spontanes Auftreten von Kolobom ist auch bei anderen Säugern und auch beim Menschen wiederholt familiär beobachtet worden. Diese letzteren Umstände machen es höchstwahrscheinlich, daß das Kolobom eine idiotypische Mißbildung ist. Im 3. Kapitel wird die Ontogenese der idiotypischen (erbbildlichen) Spaltbildungen des Auges, des Mikrophthalmus und der Orbitalcysten, die genetisch zusammengehören, im wesentlichen von der morphologischen Seite aus, behandelt. Verf. gibt hier die Resultate seiner mit peinlichster Genauigkeit durchgeführten Untersuchungen an 221 Kaninchenaugen aus einer Kolobomzucht (Alter von 11 Tagen nach der Befruchtung bis zu Erwachsenenalter); um genauere Einblicke zu gewinnen, hat er sich des Plattenrekonstruktionsverfahrens bedient. Verf. beschreibt verschiedene Entwicklungsstadien; hinsichtlich der Einzelheiten müssen Interessenten auf die Originalarbeit, die mit zahlreichen instruktiven Abbildungen ausgestattet ist, verwiesen werden. — Im letzten Teil endlich werden die Untersuchungsergebnisse vom Gesichtspunkte der Mißbildungslehre im allgemeinen und der Genese der Spaltbildungen des Auges im speziellen ausgewertet. Zunächst ist es v. Szily gelungen, an viel jüngeren Stadien, als man bisher vermutete, sichere Merkmale einer abnormen Anlage festzustellen. Nach der herrschenden Ansicht sollen die Spaltbildungen des Auges hervorgehen aus einer Störung im Verlauf des Verschlusses der Becherspalte, die ihrerseits wiederum bedingt wäre durch die Persistenz und später geradezu durch eine Wucherung des gefäßhaltigen Bindegewebes zwischen den Spalträndern (Mesodermtheorie). Im Gegensatz dazu konnte v. S. nachweisen, daß die Mißbildung nicht sekundär durch das Verhalten des Bindegewebes, sondern vielmehr primär bedingt ist durch einen der ektodermalen Anlage innewohnenden abnormen Bildungstrieb (Ektodermtheorie). Der Umstand, daß vom Beginn der Einstülpung bis zum Verschluß der Becherspalte bei Säugern der weitaus größte Teil der embryonalen Augenanlage nichts anderes darstellt als das Bildungsmaterial für den Sehnerveneintritt (Pap. nervi optic. primitiv. siva epithelialis nach Szily), gibt die Erklärung dafür, warum sich Störungen der Papillogenese nicht ausschließlich auf die Augenbecherstielinsertion als spätere Stelle der vollentwickelten normalen Papille beschränken, sondern, je nach dem Grade der Störung, auch auf ein mehr oder weniger großes Gebiet der Becherspaltengegend selbst, im neutralen Abschnitt der embryo-

Digitized by Google

nalen Augenanlage, ausdehnen. In übersichtlicher Weise werden alle Möglichkeiten schematisch in Bildern dargestellt. Das mehr oder weniger ekstatische Coloboma fundi über den Mikrophthalmus bis zum Bulbusrudiment und der sog. Anophthalmus — welchem Bulbuscysten (Orbitalcysten) in einer Ausbildung anhängen, die geradezu im umgekehrten Verhältnis stehen kann zu der im Einzelfalle noch vorhandenen eigentlichen Augenanlage — stellen sozusagen verschiedene Etappen desselben Entwicklungszyklus dar und gehören derselben großen Familie der Mißbildungen des Auges an. Auch die Bildung der sog. Bulbuscysten steht in engstem Zusammenhang mit Störungen der Entwicklung der Pap. nervi optici primitiva. Alle idiotypischen Mißbildungen der Papille n. optici, der Becherspaltengegend und des okularen Sehnervenendes sind sämtlich nur verschiedene Äußerungsformen eines abnormen Ablaufs der Genese einer Papilla n. optici primitiva. Was bei Spaltbildungen des Auges vererbt wird, scheint nach dem Ausfall der Züchtungsversuche ganz allgemein eine Labilität in der Anlage einer Papilla nervi optici primitiva s. epithelialis zu sein, nicht etwa die einer ganz besonderen Mißbildung derselben. *Schob* (Dresden).

Palieri, Domenico: Un caso di feto anencefalico con placenta previa e mola vesicolare. (Ein Fall von Anencephalie, verbunden mit Placenta praevia und Blasenmole.) Arte ostetr. Jg. **39**, Nr. 9, S. 103—110 u. Nr. 10, S. 115—118. 1925.

Palieri berichtet über einen 2monatigen Anencephalus, der bei einer 28jährigen Mehrgebärenden, die bereits früher einmal von einer ähnlichen Mißgeburt entbunden worden war, zusammen mit einer Placenta praevia und einer 1 kg wiegenden Blasenmole beobachtet wurde. Die Ätiologie, Anatomie, Diagnostik und Therapie der Placenta praevia und der Blasenmole werden ausführlich erörtert, ebenso die Frage, wieweit der Anencephalus bereits in utero zu erkennen ist (starke motorische Reaktion des Fetus auf leichten Druck). Während der Schädel (Fehlen der Parietalknochen, Verbildung der Temporalia) und die Wirbelsäule (Fehlen der seitlichen und hinteren Fortsätze sowie aller Halswirbel) alle Merkmale einer Kraniorhachischisis tragen, wird kein Wort über den Zustand des Zentralnervensystems gesagt. *Wallenberg.*

Lange, Cornelia de: Mikrocephalie bei einem javanischen Mädchen. (*Neurol. Laborat., Univ. Amsterdam.*) Psychiatr. en neurol. bladen Jg. **1925**, Nr. 5, S. 231 bis 254. 1925.

Genaue histologische Untersuchung des Gehirns eines 13jährigen mikrocephalen Kindes, das nie sprechen gelernt hat und nur durch Gebärden seinen Wunsch zu schlafen oder zu essen ausdrücken konnte. In diesem Gehirn waren durchgehend die phylogenetisch älteren Gebiete besser entwickelt als die jüngeren. Für das Vorhandensein von Verbindungen zwischen Frontalhirn und ventralen Thalmuskernen hat sich kein Anhaltspunkt finden lassen. Dagegen war die Substantia nigra gleichzeitig mit dem Pallidum gut erhalten. Ebenso hat sich gezeigt, daß das Claustrum von der Inselrinde unabhängig ist. Die Leber bot einen Grad der Cirrhose, der nach sachverständiger Mitteilung im Verhältnis zum Lebensalter ungewöhnlich war. Das Striatum war aber nur wenig in der Entwicklung gehemmt. *F. H. Lewy* (Berlin).

Normale und pathologische Physiologie.

Lhermitte, J., et P. Schiff: L'inhibition nerveuse et la mort par inhibition. (Die nervöse Hemmung und der Tod durch Hemmung.) Encéphale Jg. **20**, Nr. 6, S. 402 bis 409. 1925.

Die vorliegende Arbeit stellt ein ausführliches kritisches Referat eines gleichnamigen Vortrags von Duvoir und Charles Richet fils auf dem gerichtsärztlichen Kongreß in Lille 1925 dar. Es wird auseinandergesetzt, daß man von Hemmung unter 3 experimentellen Bedingungen sprechen kann: 1. als Folge direkter Nervenreizung, z. B. im Weberschen Vagusreizversuch mit nachfolgender Schlagverlangsamung, ferner der Einfluß der Vasodilatatorenreizung auf die Herzmuskulatur nach Cl. Bernard und die Bewegungshemmung des Darmapparates infolge der Splanchnicusreizung, 2. durch hemmende Einwirkung eines Nervensegments auf das andere, z. B. Atemlähmung durch Hemmung der Phrenicusmuskulatur bei der Piqûre, 3. infolge reflektorischer Hemmung; hierhin gehören die Antagonistenerschlaffung, das Goltzsche Klopfphänomen, die Atemhemmung auf Geruchsreize u. dgl. Auf Grund einer Umfrage bei 30 Physiologen über die Möglichkeit des Todes durch Hemmung ohne erhebliche Verletzung

Digitized by Google

ergibt sich eine Möglichkeit von 1:3. Die Befunde physiologisch experimenteller Natur zeigen, daß ein solcher Tod eintreten kann: 1. als Folge leichter, 2. schwerer Verletzung, 3. Gasvergiftung. Hierher gehört z. B. der plötzliche Chloroformtod. Klinisch kann dieser Tod als Herz- oder als Atemlähmung auftreten, ferner als allgemeine Zellhemmung, wie bei den verschiedenen Formen des Schocks. Diese, z. B. der anaphylaktische oder der kolloidoklastische, sind natürlich in jeder Beziehung verschieden, können aber im klinischen Bilde, wie beim Schock der Gehirnerschütterung, der Bauchoperation oder dem Magenschlag des Boxers sich in gleicher Weise äußern. Möglicherweise wäre das Kammerflimmern als eine Hemmung im Hisschen Bündel aufzufassen. Völlig unklar bleibt die Frage, warum bei den an sich so leicht auslösbaren reflektorischen Hemmungen, wie z. B. beim okulo-pupillären Reflexes vom Larynx her fast nie der Tod eintritt. Es scheine das an der individuell und zeitlich großen Variabilität der organo-vegetativen Reflexe, im Gegensatz zu denen der Haut und der Muskulatur zu liegen. Neben diesen prinzipiellen Unterschieden nervöser Natur spielen die hormonalen Bedingungen eine Rolle, so die Übererregbarkeit des Vagus bei Acidose. Damit ergeben sich interessante Beziehungen zwischen dem neurovegetativen Tonus und der Alkalireserve. Schließlich wurde in der Diskussion auf Versuche Lumières über plötzliche Änderungen des kolloidalen Zustandes beim Schock und die Möglichkeit micellärer Flockungen an den sympathischen Nervenendigungen hingewiesen. Verf. betonen die Wichtigkeit der näheren Untersuchung der bisher noch gänzlich dunklen Hemmungserscheinung emotioneller Natur auf dem Gebiet der Neuropsychiatrie. *F. H. Lewy* (Berlin).

Wysocki, Joseph, et Léon Zbyszewski: Nouvelles recherches sur l'influence réciproque des hémisphères cérébraux. (Neue Untersuchungen über den gegenseitigen Einfluß der Hirnhemisphären.) (*Inst. de physiol., univ., Lwów.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 38, S. 1629—1631. 1925.

In einer früheren Arbeit hatten die beiden Autoren gezeigt, daß zwischen beiden Hemisphären eine Wechselwirkung besteht, die sich fast immer in der Form einer dynamogenen Wirkung zeigt. In der vorliegenden Mitteilung berichten sie über die Ergebnisse, die bei Anwendung chemischer Reize zutage traten. Nach Bestimmung der Reizschwelle der motorischen Region der einen Hemisphäre eines Hundes wurde ein mit 2 proz. Strychninnitrat- oder 5 proz. Phenollösung getränktes Stück Filtrierpapier auf die symmetrische Stelle der motorischen Region der anderen Hemisphäre bzw. in anderen Versuchen auf irgendeine Stelle außerhalb der motorischen Region gelegt. Die Strychninversuche ergaben: mag man Strychnin einwirken lassen wo immer, so werden die Kontraktionen der Zehenstrecker zwischen der 1. und 2. Min. nach Applikation des Reizes schwächer als vor der Reizeinwirkung. In den folgenden Minuten werden die Kontraktionen immer stärker und steigern sich zwischen der 7. und 10. Min. oft zu starken klonischen Kontraktionen des ganzen Gliedes. Strychnin übt also im Beginn seiner Einwirkung eine hemmende Wirkung auf die elektrische Erregbarkeit der gegenseitigen Hemisphäre aus, mit zunehmender Strychninwirkung wird die Erregbarkeit zunehmend gesteigert. Phenol löst gleichfalls zunächst Hemmungserscheinungen aus, erst nach einigen Minuten tritt die deutliche dynamogene Wirkung auf der Gegenseite in Erscheinung. Läßt man auf die motorische Region 5—10 proz. Cocainlösung einwirken und reizt die Gegenseite, so stellt man zunächst eine Hemmung der Erregbarkeit fest; diese Hemmung ist aber nur kurzdauernd, sie verschwindet nach einigen Minuten, wahrscheinlich infolge der zunehmenden Verdünnung des Anästheticums durch den Liquor. *Ed. Gamper* (Innsbruck).

Roussy, Gustave: Die Funktion des Thalamus opticus und die thalamischen Syndrome. Hospitalstidende Jg. **69**, Nr. 2, S. 29—46. 1926. (Dänisch.)

Klinische Vorlesung, worin der Autor einen Überblick über unsere Kenntnisse über das thalamische Syndrom und seine Varianten liefert. Besonders werden französische Autoren berücksichtigt. Das thalamische Syndrom ist nicht so sehr von der qualitativen oder quantitativen Art der Sensibilitätsstörungen bestimmt, als vor allem von der Kombination dieser

Digitized by Google

innerhalb des Syndromes mit anderen Symptomen, besonders der Hemiataxie, Hemiathetose und anderen motorischen Störungen. Das Syndrom ist durch seine Kollektivität charakterisiert. *Ingvar* (Lund).

Schloffer, H.: Ausgedehnte Abtragung einer Kleinhirnhemisphäre. (*Chir. Klin., dtsch. Univ., Prag.*) Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 41, S. 1521—1524. 1925.

Beschreibung eines Falles, bei dem wegen eines Kleinhirntumors der größte Teil der rechten Kleinhirn-Hemisphäre zweizeitig entfernt werden mußte. Es blieben zurück: eine kleine Zone längs der Incisura marsupialis, ein kleiner Rest der Tonsille, ein 2 cm breiter Saum gegen den Kleinhirn-Brückenwinkel zu und ein ca. 1 cm breites Stück gegen den Oberwurm. Der N. dentatus dürfte erhalten geblieben sein. 3 Monate nach der Operation war die zuvor schwerst gestörte Lokomotion vollkommen normal. Es bestand von Vestibularis-Symptomen nur Spontan-Nystagmus beim Blick nach links oben und unten. Die Reizung des Vestibularapparates durch Kalt- und Warmspülung sowie auf dem Drehstuhl ergibt normale Reaktionen bei etwas herabgesetzter Erregbarkeit. Der Fall zeigt, daß trotz Querdurchtrennung des Brückenarmes, aber bei erhaltener cerebellofugaler Bahn (N. dentatus — Bindearm — Zwischenhirn) weitgehende Kompensationen eintreten können, die das Auftreten von Ausfallserscheinungen fast vollständig hintanhalten. *v. Brücke* (Innsbruck).°°

Lewy, F. H., und Ernst Fränkel: Experimentelle Untersuchungen zur Encephalitis lethargica und Hundestaupe. (*37. Kongr., Wiesbaden, Sitzg. v. 20.—23. IV. 1925.*) Verhandl. d. dtsch. Ges. f. inn. Med. S. 240—242. 1925.

Im Verfolg einer früheren Arbeit, in der Lewy im Gehirn an Staupenencephalitis gestorbener Hunde ein eigenartiges encystiertes Protozoon gefunden hatte, das sich als identisch oder doch sehr nahe verwandt mit dem Encephalitozoon cuniculi erwies, das von den Untersuchungen über die Ursache der Lethargica her bekannt ist, haben Verff. in der vorliegenden Arbeit diesen Erreger vom Kaninchen auf den Hund übertragen und beobachtet, daß danach bei Hunden eine typische Staupe auftrat, die sich in Generationen weiter impfen ließ. Ebenso konnte man Straßenstaupeencephalitis auf Kaninchen überimpfen und, ohne daß diese erkrankten, von diesen wieder auf den Hund zurückimpfen und wieder Staupe erzeugen. Zwischen Klingvirus und Straßenstaupe besteht kreuzweise korneale Immunität, ebenso gegen subdurale Nachimpfung. Es bleibt die Frage offen, ob das beschriebene Gebilde wirklich der Erreger der Staupeencephalitis ist oder ihn nicht vielmehr nur mitschleppt. *F. H. Lewy.*

Ssolowjev, B.: Materialien zur experimentellen Pathologie der epidemischen (lethargischen) Encephalitis. Sovremennaja psichonevrologija Jg. **1**, Nr. 3/4, S. 70 bis 81. 1925. (Russisch.)

Verf. infizierte im ganzen 35 Kaninchen mit encephalitischem Material (Hirnsubstanz und Liquor cerebrospinalis), das von 5 Encephalitikern stammte und zur Gewinnung von Passagevirus weiter übertragen wurde. Es erwies sich, daß das erhaltene, bzw. fortgezüchtete Virus verschiedene Eigenschaften, je nach dem Stamm, aufwies: so z. B. war ein Virus sehr virulent, ergab eine Encephalitis nach kurzer Inkubationszeit ($2^1/_2$—8 Tagen), war „keratogen", d. h. rief eine Kerato-Conjunctivitis hervor, während andere Virusse chronische Erkrankungen hervorriefen, was durch pathologisch-anatomische Befunde $1^1/_2$ Monate nach der Infektion erwiesen wurde. Die pathologisch-histologischen Befunde bei der experimentellen lethargischen Encephalitis unterscheiden sich nicht von denen der epidemischen Encephalitis des Menschen; es finden sich sowohl exsudativ-proliferative, von den Gefäßen ausgehende, wie auch regressive Veränderungen der Nervensubstanz. *Bresowsky* (Dorpat).

D'Antona, S., e L. d'Antona: Su di una forma di meningite (corio-ependimite?) pseudomeningococcica trasmissibile agli animali da esperimento. (Über eine experimentell auf Tiere übertragbare Form von Meningitis [Chorioependymitis] pseudomeningococciea.) (*Clin. per le malatt. nerv. e ment., univ., Siena.*) Sperimentale Jg. **79**, H. 6, S. 1017—1040. 1925.

In zwei Fällen kombinierten sich die üblichen Symptome von Meningoencephalitis Kopfschmerz, Erbrechen, Bradykardie und psychische Symptome mit intermittierendem Fieber, Parotitis, Orchitis und intensiver polymorpher Pleiocytose des Liquors. Die Fälle gingen in Heilung über. Bakteriologisch fand sich ein grampositiver Diplokokkus,

Digitized by Google

ähnlich dem D. crassus, von diesem durch Zuckervergährung und Gelatineverflüssigung unterschieden, für Tiere pathogen: Diplococcus meningitidis liquefaciens. Anatomisch dürfte eine Chorioepeudymitis vorgelegen sein. *Neurath* (Wien).

Herman, Eufemjusz: Etudes expérimentales sur la chorée de Sydenham. (Experimentelle Untersuchungen über die Chorea minor.) (*Hôp. „Czyste" et laborat. neurobiol. de la soc. des sciences, Varsovie.*) Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **17**, H. 1, S. 19—42. 1925.

Von 7 Choreakranken wird Liquor direkt Kaninchen subdural eingespritzt. Nach einer Inkubation von 1—12 Tagen traten klinische Zeichen auf, die nach der Schilderung den bei der Kaninchenencephalitis üblichen zu entsprechen scheinen, vom Verf. als choreoide bezeichnet werden. $2^1/_2$—$5^1/_2$ Wochen nach der Impfung, 3—5 Tage nach den ersten klinischen Symptomen trat der Tod ein. Manche Kaninchen blieben ohne klinische Erscheinungen 7 Monate und länger am Leben. Bei der mikroskopischen Untersuchung des Zentralnervensystems fanden sich vorwiegend in der grauen, spärlicher in der weißen Substanz mäßige Infiltrate rein lymphocytärer Natur, die ihren Hauptsitz im Thalamus opticus etwas seltner in der Rinde, speziell im Ammonshorn, aber auch im Rückenmark haben. Die Pia ist infiltriert, die Glia ist in einem Proliferationszustand und kann sich an der Bildung gewisser Herde bevorzugt beteiligen. Diese Encephalitis läßt sich von Tier zu Tier subdural und corneal weiter verimpfen. Auch das Filtrat der Passagetiere soll infizieren. — Diese an sich außerordentlich interessanten und vielleicht nicht sowohl für die Chorea, als für die Kaninchenencephalitis unter Umständen äußerst wichtigen Befunde verlieren leider einen großen Teil ihrer Bedeutung durch die Art der Versuchsanordnung, der Protokollierung und der Beurteilung. Um nur einige Beispiele herauszugreifen, wurden nach den abgedruckten Protokollen von jedem Kranken resp. jeder Passage jeweils ein Kaninchen geimpft. Nicht einmal eine Kontrolle scheint mitgegangen zu sein. Wir hören, daß die Temperatur erhöht ist, aber nach den Protokollen überschreitet sie die für das Kaninchen normale von 39° bis 39° in keinem Fall. Die mit Filtraten geimpften Tiere sind ziemlich schnell gestorben, zeigten aber außer einer leichten Piareizung keinen pathologisch-anatomischen Befund. Trotzdem glaubt Verf. mit einem filtrierbaren Virus zu arbeiten, ohne die Möglichkeit einer Toxinwirkung auch nur zu erwägen. Ebensowenig geht aus der Schilderung hervor, ob von diesen Filtrattieren versucht worden ist, weiter zu impfen. Wenn Verf. sich gegen die Möglichkeit verwahren will, daß eine Spontanencephalitis vorliegt, so durfte er sich weder auf Schnitte beschränken, noch ausschließlich Tiere um oder unter 30 Tagen Lebensdauer verwenden. Ebenso hätte er vor der Impfung den Liquor der Versuchstiere untersuchen müssen. Völlig fehlen Angaben über den Zustand der doch bei der Chorea in erster Reihe interessierenden kleinen Ganglienzellen des Neostriatum sowie über die Haltbarkeit, die Abtötungsverhältnisse usw. des Virus, die allein die Behauptung rechtfertigen könnten, daß es sich um ein dem Levaditivirus ähnliches Agens handelt. — Es ist betrüblich zu sehen, wie so viel Fleiß und Mühe auf eine Arbeit verwendet wird, die die elementarsten Erfordernisse experimenteller und bakteriologischer Forschung vermissen läßt. *F. H. Lewy* (Berlin).

Matthey, R.: Récupération de la vue après résection des nerfs optiques chez le triton. (Wiederkehr des Sehvermögens nach Resektion der Nervi optici bei Triton.) (*Stat. de zool. exp., univ., Genève.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **98**, Nr. 29, S. 904—906. 1925.

Versuche an 2 Exemplaren erwachsener Triton cristatus. Vom Gaumendach aus wurde das Chiasma freigelegt; bei dem einen Tier wurden beide Optici in einer Ausdehnung von etwa 1—2 mm reseziert, bei dem andern Tier wurde bloß der eine reseziert, der andere einfach durchschnitten. $4^1/_2$—5 Monate nach der Operation zeigten beide Tiere wieder die Fähigkeit, bloß vermittels des Gesichtssinnes ihr Futter zu finden. In das Gefäß, in dem sich die Tiere im Wasser befanden, war ein zweites abgeschlossenes Gefäß mit einem Regenwurm in Wasser hineingestellt worden; wenn die Tritonen dann einmal auf das Futter aufmerksam wurden, schnappten sie in typischer Weise nach dem — durch die Glaswand des Innengefäßes von ihnen unnahbar getrennten — Wurme. Auch nach dem außerhalb des Gefäßes bewegten Finger des Experimentators wurde geschnappt. Da eine Rezeption durch Geruchs- oder Vibrationssinn ausgeschlossen war, mußte eine Wiederherstellung des Gesichtssinnes nach Regeneration der Augennerven stattgehabt haben. In der Tat ergab die Autopsie des Schädelinnern der beiden Tiere, daß in beiden Fällen die Optici regeneriert und in das Hirn eingewachsen waren, bei dem einen in der Höhe des früheren Chiasma, bei dem anderen etwas weiter vorn. Ein neues Chiasma wurde nicht ausgebildet und die Optici traten unabhängig voneinander unmittelbar jeder in die korrespondierende Hirnhälfte ein. *Paul Weiss* (Wien).°°

Pachon, V., et P. Delmas-Marsalet: Respiration de Cheyne-Stockes chez un chien décérébré. (Cheyne-Stokessches Atmen bei einem decerebrierten Hund.) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **94**, Nr. 6, S. 391—392. 1926.

Ein einziger Versuch, in dem ein Hund nach Mittelhirndurchtrennung Cheyne-

Digitized by Google

Stokes aufwies, wird als Beweis für die corticale Genese dieser Atmungsform angesprochen. Bei Anstellung von genügend viel Versuchen hätten sich die Verff. überzeugen können, daß in der Regel die Decerebration keine periodische Atmung zur Folge hat, dies höchstens der Fall ist, wenn die rhombencephalen Zentren infolge des Eingriffs mitgeschädigt werden. Auch die Tatsache, daß es bei Morphinvergiftung zu Cheyne-Stokes kommt, beweist nicht die corticale Entstehung dieser Atmungsform. Ref. konnte in Versuchen mit Enghoff zeigen (vgl. dies. Zentrlbl. **42**, 630), daß bei decerebrierten Tieren, bei welchen ein normaler Atemrhythmus besteht, Morphininjektion noch immer (trotz der Ausschaltung des Cortex) zum Cheyne-Stokes führt. *Spiegel* (Wien).

Bechterew, W.: Theorie des Rückenmarkgefäß-Anpassungsreflexes zur Erklärung des Trophismus der äußeren Hautdecken und der subcutanen Teile. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **75**, H. 4/5, S. 550—561. 1925.

Der Trophismus der passiven Gewebe hängt von dem durch das Rückenmark anlangenden Reflex ab. Dadurch begründet Bechterew den Erfolg, den sein Schüler Molotkoff in einem Fall von Krebs in dem Gebiet des n. ulnaris durch Ausschneidung eines Teiles des n. ulnaris erzielte. Ähnlichen Erfolg erzielte man beim Krebs der Brustdrüse und beim Krebs der Wange. Die Hauptrolle in der Trophik spielt der gefäßanpassende Reflex. *M. Kroll* (Minsk).

Kaijser, R.: Beitrag zur Kenntnis der Wirkung des Strychnins auf den Gesichtssinn. (*Physiol. Inst., Univ. Upsala.*) Skandinav. Arch. f. Physiol. Bd. **47**, H. 3/5, S. 121 bis 126. 1926.

Im Gegensatz zu den Untersuchungen von Schlaginweit (vgl. dies. Zentrlbl. **32**, 211) wird vom Verf. eine bedeutende Erniedrigung der Schwelle für rotes Licht nach Strychnin festgestellt. Die Versuche wurden mittels des Liminospektroskops von Göthlin ausgeführt. Im Durchschnitt ergab sich eine Herabsetzung der Schwelle um 48%. *E. Gellhorn* (Halle).

Collins, K. H., and A. L. Tatum: A conditioned salivary reflex established by chronic morphine poisoning. (Ein bedingter Speichelreflex, durch chronische Morphiumvergiftung hervorgerufen.) (*Laborat. of pharmacol., univ., Chicago.*) Americ. journ. of physiol. Bd. **74**, Nr. 1, S. 14—15. 1925.

Bei Hunden ruft eine kleine Menge von Morphium Speichelfluß, mitunter Erbrechen und Defäkation hervor. Nach 7—8 täglichen Verabreichungen von Morphium begann bei den Hunden profuser Speichelfluß schon vor dem Einführen des Morphiums. Es genügte, daß die entsprechende Person den Hunderaum betrat, um in der Mehrzahl der Fälle Salivation hervorzurufen. Denselben Effekt rief auch der Anblick einer Subcutanspritze hervor. 8 Hunde zeigten diesen Bedingungsreflex bereits nach 7—8 Tagen, ein Kater erst nach 14 Tagen. *M. Kroll* (Minsk).

Wodak, E., und B. Fischer: Zur Frage der Beziehungen zwischen Kleinhirn und Vestibularapparat. (*Dtsch. psychiatr. Klin., Univ. Prag.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 49, S. 2022—2024. 1925.

Aus der Beobachtung, daß bei einem Individuum mit einer durch Operation sichergestellten rechtsseitigen Kleinhirncyste nach der Operation (Abtragung fast des ganzen rechten Neocerebellum) die vestibularen Reaktionen (Nystagmus und tonische Reflexe) vorhanden, letztere vielleicht etwas schwerer auslösbar und schwächer als normal gefunden wurden, ziehen die Autoren den Schluß, daß zum Zustandekommen dieser tonischen Reflexe (Abweichreaktion, Vorbeizeigen, Fallen) die von Bárány in der Kleinhirnrinde angenommenen Zentren durchaus nicht unbedingt erforderlich sind. Da aber das Verhalten dieser tonischen Reflexe sich bei genauerem Zusehen nach der Kleinhirnresektion anders verhielt als unter normalen Bedingungen, wird dem Kleinhirn eine gewisse Rolle beim Ablauf dieser Reflexe zuerkannt. Vielleicht muß in gewissen Partien der Kleinhirnrinde (Bárányschen Zentren) ein Regulationsmechanismus angenommen werden, welcher die durch den vestibularen Reiz ausgelösten tonischen Reflexe entsprechend beeinflußt. Das Großhirn kann für diesen Mechanismus weitgehend kompensierend eintreten. *Walther Riese* (Frankfurt a. M.).

Digitized by Google

Kleijn, A. de: Die reziproke Innervation der Augenmuskeln des Kaninchens bei kalorischer Reizung nach totaler Cerebellumexstirpation. (*Pharmakol. Inst., Reichsuniv. Utrecht.*) Acta oto-laryngol. Bd. 8, H. 1/2, S. 195—198. 1925.

Vier Versuche mit totaler Kleinhirnexstirpation bei Kaninchen (anatomisch kontrolliert). Dabei wurde festgestellt, daß während eines kalorischen Nystagmus reziproke Innervation der Musculi rectus externus und internus vorhanden war.

A. de Kleijn (Utrecht).°°

Spitzer, Alexander: Über die Funktion der Bogengänge des Ohrlabyrinthes. (*Neurol. Inst., Univ. Wien.*) Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. Jg. 59, H. 11, S. 1131—1176. 1925.

Die Bildung der Endolymphströmung ist nicht entsprechend der Breuerschen Theorie der Ausdruck der normalen Betätigung des Bogengangapparates, sondern eine die spezifische Funktion des Organs wahrscheinlich störende Begleiterscheinung bei exzessiver Inanspruchnahme des Apparats. Die Endolymphströmung ist nicht der spezifische Sinnesreiz des Bogengangapparats, letzterer kein Spezialsinnesorgan für die Perzeption der Winkelbeschleunigung. Die durch Drehbewegungen des Kopfes erzeugten stehenden longitudinalen Endolymphwellen mit dem einen Wellenbauch am ampullaren Ende bilden den spezifischen, physikalischen, die alternierenden Wellenstöße auf die Cristaabhänge den spezifischen physiologischen Reiz für die Bogengänge. Wir empfinden mit dem Bogengangsapparat die elementaren Richtungs- und Geschwindigkeitsänderungen (Zentripetal- und Tangentialbeschleunigung), infolge einer Synthese die Empfindung der Richtung und der Geschwindigkeit der Bewegung. Dreh- und geradlinige Bewegung werden in der Empfindung unterschieden. Der Bogengangsapparat ist ein Sinnesorgan für die Empfindung der Richtung, der Geschwindigkeit, der Dauer und des Weges aller aktiven Dreh- und Progressivbewegungen, also auch sämtlicher lokomotorischer Bewegungen unseres Körpers. Der Drehny wird von Verf. so erklärt, daß zu den Wellen eine Strömung hinzukommt, durch die die gleichgerichteten unpaarzähligen Wellenbäuche erniedrigt, die paarzähligen, entgegengesetztgerichteten erhöht werden. Der kalorische Reiz ist ein unspezifischer, Erwärmung und Abkühlung erregen unmittelbar die Cristaabhänge, auch ohne Strömung. Die Zweiphasigkeit des Nystagmus beruht auf der Zweiphasigkeit des normalen spezifischen physikalischen Sinnenreizes (der Wellenbewegung) und auf der Sonderung der Perzeptionsflächen für beide Reizphasen durch das periphere Sinnesorgan. Der Nystagmus beruht auf Dissonanz der Teilfunktionen eines auf Harmonie eingerichteten, anatomisch-physiologischen Mechanismus. Die Dissonanz besteht in Dissoziation zweier Entladungsphasen. Die Anpassung der Zentralorgane an den peripheren Sinnesapparat macht die Hervorrufung eines Nystagmus durch Störungen im zentralen Mechanismus der Labyrinthreflexe verständlich. Den Gang faßt Verf. primär als einen vom Bogengangsapparat reflektorisch ausgelösten alternierenden Extremitätennystagmus auf. Die sensiblen, motorischen und die daraus hervorgehenden synthetischen Bogengangsfunktionen faßt Verf. als spatiale zusammen, die in inniger Beziehung zur Raumvorstellung stehen. Weiter hat der Bogengangsapparat eine alimentäre Funktion, die pathologisch als Nausea und Erbrechen erscheint. — Verf. gibt weitgehende physikalische Einzelheiten und teleologische Ausblicke für seine Theorie, auf die hier nicht eingegangen werden kann.

K. Löwenstein (Berlin).

Blumenthal, A.: Weitere experimentelle Beiträge zur Erklärung des kalorischen Nystagmus. (*Auguste Viktoria-Krankenhaus, Berlin-Weißensee.*) Beitr. z. Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie d. Ohres, d. Nase u. d. Halses Bd. 22, H. 3/4, S. 180—192. 1925.

Bei indirekter Labyrinthabkühlung, bei kalter Gehörgangsausspritzung, bei direkter Abkühlungswirkung (Ausspritzung des Mittelohrs) wird das Labyrinth wahrscheinlich lediglich durch rein periphere Reizwirkung ohne Reflexe über die Zentralorgane erregt. Bei indirekter Abkühlungswirkung vom Gehörgang wird der Kältereiz wahrscheinlich hauptsächlich über das Trommelfell, nicht über die häutige und knöcherne

Digitized by Google

Gehörgangswand und Knochen des Warzenfortsatzes an das Labyrinth geleitet. Der Kältereiz wirkt bei indirekter wie direkter Abkühlung nicht durch Endolymphbewegung, sondern durch Kältewirkung auf das Sinnesepithel oder die Mittelohr- bzw. Labyrinthgefäße, und den durch den veränderten Gefäßtonus gesetzten labyrinthären Reiz oder durch Zusammenwirken der Kältereize auf Epithel und Gefäße.

K. Löwenstein (Berlin).

Bárány, R.: Verbesserter Apparat zur Untersuchung der Gegenrollung der Augen und des Nystagmus. Acta oto-laryngol. Bd. 8, H. 1/2, S. 25—44. 1925.

Verf. hat seinen Apparat zur Untersuchung der Gegenrollung der Augen verbessert. Dank dieser Verbesserung war es möglich, den Kopf ruhig zu stellen und das Auge bei Vergrößerung unter den günstigsten Bedingungen zu untersuchen, wodurch Verf. Nystagmus genauer wie bisher beobachten und messen konnte. Die Fixation des Kopfes geschah durch Einbeißen in ein Beißbrettchen. Die an dem früheren Apparat angebrachten Verbesserungen waren die folgenden: 1. Durch Anbringung eines Kontrollapparates kann der Kopf durch eine Hilfsperson in bezug auf den Meßapparat immer wieder in genau dieselbe Stellung gebracht werden. 2. Um eine genaue Einstellung der Blickrichtung zu ermöglichen, ist an der den Patienten zugekehrten Fläche des Fernrohrs ein durchbohrter Spiegel angebracht. In diesen blickt der Patient mit dem zu beobachtenden Auge hinein und sieht dabei sein eigenes Auge. 3. Der ganze Apparat mitsamt dem Fernrohr kann dadurch, daß er um drei Achsen gedreht werden kann, in jede beliebige Stellung im Raum gebracht werden. Auf diese Weise gelingt noch eine genaue Messung bei Neigen des Kopfes von 60—70°, bei Heben von 40° und Senken von 30—40°. 4. Durch Befestigung des Apparates auf ein Brett, worauf auch der Patient liegt, ist auch eine Untersuchung des letzteren in Seitenlage möglich. 5. Untersuchung bei verschiedenen Blickrichtungen ist dadurch ermöglicht, daß das Beißbrettchen um verschiedene Achsen gedreht werden kann. Der Apparat kann demnach zur genauen Bestimmung der Gegenrollung der Augen benutzt werden, was deshalb von Bedeutung ist, weil Abweichungen in diesen Gegenrollungen stets noch die einzigen objektiven Anzeichen von Störungen im Otolithenapparat sind. Auch die feinere Beobachtung und Messung von Nystagmus, selbst in Fällen, wo die Anwesenheit desselben mit freiem Auge nicht festgestellt werden kann, gelingt mit diesem Apparat. *A. de Kleijn* (Utrecht).°°

Lorente de Nò, R.: Über die tonischen Labyrinthreflexe auf die Augen beim Kaninchen und über ihre Veränderungen im Laufe der Entwicklung. Acta med. scandinav. Bd. **62**, H. 5/6, S. 461—473. 1925.

Interessanter Versuch zur quantitativen Messung der Kontraktion jedes der 6 äußeren Augenmuskeln des Kaninchens bei den tonischen vestibularen Augenreflexen, besonders bei den Rollbewegungen oder Raddrehungen des Auges. Sehr einfache Apparatur, von der Ref. vorläufig leider bezweifeln muß, ob sie für den angegebenen Zweck ganz tauglich ist. Eine der ersten Bedingungen bei Messungen dieser Art ist doch wohl, daß sich der Nullpunkt der Zeigenadel bei den verschiedenen Lageänderungen des Tieres und des Apparates nicht ändere. Nach der beigegebenen Abbildung beurteilt, ist Ref. nicht ganz sicher geworden, daß diese Bedingung tatsächlich zutraf. Ref. möchte aus diesem Grunde vorläufig das auffallende Ergebnis dieser Versuche, nämlich, daß bei den Rollungen des Auges die reziproke Innervation der agonistischen und antagonistischen Augenmuskeln nicht vorhanden sein soll, mit einer gewissen Reserve betrachten. Es enthält diese Mitteilung noch einige auffallende Angaben. Nach Zerstörung des N. opticus an seinem Eintritt durch Einstich mit einer feinen Nadel durch Hornhaut und Glaskörper hindurch, kämen „dieselben Phänomene zustande wie nach Labyrinthexstirpation, wenn auch in viel kleinerem Maß". Ähnliche Erscheinungen ließen sich beobachten, wenn der Verf., anstatt den N. opticus zu lädieren, „nur einige Augenmuskeln unterband und von der Sclera loslöste".

Dusser de Barenne (Utrecht).

Přecechtěl, Ant.: The influence of anaesthesia of peripheral nerves on peripheral and central past-pointing. (Der Einfluß der Anästhesie der peripheren Nerven auf peripheres und zentrales Vorbeizeigen.) (*Prof. Dr. O. Kutvirt's aural clin., Prague.*) Journ. of laryngol. a. otol. Bd. **40**, Nr. 4, S. 233—242. 1925.

Durch kalorische, mechanische und elektrische Reizung der Kopfhaut kann Verf. Vorbeizeigen erzeugen. Das experimentelle Vorbeizeigen durch Gefrieren der Haut

Digitized by Google

über dem Kleinhirn und dem Stirnhirn, wie es von mehreren Seiten (Bárany, Szasz und Podmanicky, de Kleijn und Rademaker u. a.) beschrieben worden ist, bringt Verf. auf seine obenerwähnte Beobachtung zurück; in diesen Fällen hat es sich nach Verf. also nicht um zentral bedingtes Vorbeizeigen, sondern um rein „peripheres" Vorbeizeigen gehandelt. Auch vom äußeren Gehörgang aus gibt Verf. an, Vorbeizeigen und Fallreaktion erhalten zu haben. Dieses periphere Vorbeizeigen ist nicht mehr auszulösen, wenn das Mittelohr cocainisiert ist, wenigstens für die ersten 30 Minuten nicht. Nachher ist es wieder hervorzurufen, auch wenn die Anästhesie unterhalten wird. Verf. gibt weiter an, daß auch Anästhesie des Conjunctivalsackes und der Mundhöhle diese Unterdrückung des peripheren Vorbeizeigens ergebe, ja auch Anästhesie der Larynx und von den Cervicalnerven. Verf. erklärt sich diese Angaben so, daß durch die Anästhesie dieser peripheren Gebilde, die normaliter fortwährend Impulse zu den Nuclei deitersi und vielleicht anderen Vertibulariskernen emporsenden, eine temporäre Diaschisis dieser Nuclei deitersi gesetzt werde, wodurch die vorübergehende Unterdrückung des peripher ausgelösten Vorbeizeigens bedingt wäre. Die Angabe, daß spontan richtig gezeigt wird, auch bei bestehender Anästhesie eines der genannten Gebiete, legt der Verf. sich dadurch zurecht, daß die cerebro-cerebello-spinalen Systeme, besonders die cerebello-rubrospinalen Bahnen, funktionell nicht beeinträchtigt sind. Zentral bedingtes Vorbeizeigen wird durch die periphere Anästhesie nicht aufgehoben, wohl aber beeinflußt, in dem Sinne, daß latentes oder kompensiertes zentrales Vorbeizeigen dann manifest werden kann. *Dusser de Barenne* (Utrecht).

● **Skramlik, Emil von: Handbuch der Physiologie der niederen Sinne. Bd. 1. Die Physiologie des Geruchs- und Geschmackssinnes.** Leipzig: Georg Thieme 1926. VIII, 532 S. RM. 31.50.

Der vorliegende 1. Band des Skramlikschen Handbuches befaßt sich mit der Physiologie des Geruchs- und Geschmackssinnes. Nach eingehender Schilderung der anatomischen Grundlagen werden die Geruchs- bzw. Geschmacksreize ausführlich betrachtet und danach die Physiologie der Empfindungen abgehandelt. Dabei sind auch die krankhaften Störungen des Geruchs- bzw. Geschmackssinnes so weit berücksichtigt, als es für die Theorie der Sinnesempfindungen notwendig ist. Die Kapitel über Umstimmung und Kontrast, die Lokalisierbarkeit der Geruchs- und Geschmacksempfindungen und die zusammenfassenden Kapitel über die Theorie der beiden Sinne dürften, da sie die physiologischen Eigentümlichkeiten dieser Sinne besonders hervortreten lassen, auch weitere Kreise interessieren. Da die Literatur gründlich verarbeitet und die Darstellung sehr klar ist, wird man das Buch gern zu Rate ziehen, zumal der Autor zu seiner Kritik auf Grund eigener Studien auf diesem Gebiete besonders berufen ist. Es zeigt die große biologische Bedeutung auch der niederen Sinne und stellt eine willkommene Ergänzung des Henningschen Werkes über den Geruch dar, da von diesem Autor im wesentlichen nur die psychologischen Probleme berücksichtigt wurden.

E. Gellhorn (Halle a. S.).

Kries, J. v.: Über Empfindungsmannigfaltigkeiten und ihre geometrische Darstellung. Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg., II. Abt.: Zeitschr. f. Sinnesphysiol. Bd. **56**, H. 5/6, S. 281—317. 1925.

Es werden 2 Reihen von Empfindungsmannigfaltigkeiten unterschieden: 1. Qualitätenreihen, die durch die stetigen Änderungen der Empfindungen bei kontinuierlicher Änderung des Reizes hervorgerufen werden und 2. Mischungsreihen, die z. B. bei gleichzeitiger Darbietung von 2 Tönen entstehen, wenn das gegenseitige Stärkeverhältnis stetig verändert wird. Die Farbenreihe ist als Qualitätenreihe anzusehen; in dem ihr entsprechenden Empfindungskontinuum gibt es bestimmte (psychologisch) ausgezeichnete Punkte. Solche finden sich als süß, sauer, salzig, und bitter auch im Bereiche des Geschmacksinnes; doch ist ein Übergang von süß zu sauer schmeckenden Körpern nur durch Veränderung des Stärkeverhältnisses, mit dem die Stoffe die Geschmacksnerven erregen, möglich. Hierauf beruht die Möglichkeit der Aufstellung von Geschmacks-

Digitized by Google

gleichungen, wie sie von v. Skramlik in der Tat aufgefunden sind. Bei der systematischen Mischung zweier Duftstoffe in verschiedenen Mengenverhältnissen wird keine stetige Veränderung der Riechempfindung wahrgenommen. Ist der eine Duftstoff nur in sehr geringer Konzentration vorhanden, so wird er unterdrückt, bei allmählicher Verstärkung kommt es zu einem Nebeneinander oder Wettstreit der Empfindungen. Es folgen sodann prinzipielle z. T. gegen Henning gewandte Auseinandersetzungen über die Aufgaben einer räumlichen Darstellung der Sinnesempfindungen (Farbenkörper, Geruchsprisma usw.), wobei die physikalische und psychologische Seite des Problems eingehend gewürdigt wird. Einzelheiten vgl. das Original.

E. Gellhorn (Halle a. d. S.).

Saffiotti, F. Umberto: Sulla topografia delle sensibilità tattile, barica, dolorifica nella cornea. Ricerche sperimentali e induzioni istoneurologiche. (Über Topographie der taktilen Sensibilität, des Schweregefühls und der Schmerzsensiblität der Hornhaut.) (*Laborat. di psicol. sperim., univ., Palermo.*) Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 187—192. 1925.

Verf. benutzte zu seinen Untersuchungen ein sehr dünnes Haar von 25 mm Länge und 69 Mikron im Diameter und eine sehr feine Wage, um Drucke von 0,8—7—8 mg wahrzunehmen. Er fixierte sein Auge derart, daß das Zentrum der Pupille mit einem Punkte auf dem Spiegel zusammenfällt, und reizte die Hornhaut, von dem äußeren Rande angefangen. Es erwies sich dabei, daß längs dem äußeren Rand der Hornhaut in Form eines schmalen Streifens von 1—$1^1/_2$ mm nichtsensible Punkte da sind. Entsprechend der Iris gibt es in der Hornhaut Punkte, die reizbar sind, jedoch ohne sensorische Reaktion. Der innere Rand der Iris ist mit Schmerz- und einigen Berührungspunkten bedeckt. Die Pupillenfläche enthält Schmerzpunkte, am meisten die zentrale Fläche der Pupille.

M. Kroll (Minsk).

Schriever, Hans, und Hubert Strughold: Über die der Nasen- und Rachenschleimhaut eigentümlichen Empfindungsqualitäten. (*Physiol. Inst., Univ. Würzburg.*) Zeitschr. f. Biol. Bd. 84, H. 2, S. 193—206. 1926.

Mit der üblichen Methodik wird eine genaue Untersuchung der Verteilung der Sinnesqualitäten auf der Rachen- und Nasenschleimhaut vorgenommen. Es ergibt sich, daß nur an wenigen Stellen Druck-, Schmerz-, Kalt- und Warmempfindungen ausgelöst werden können. Meistens sind nur 1—3 Sinnesmodalitäten hervorzurufen. Am besten ist der Schmerzsinn, geringer der Drucksinn entwickelt. Noch seltener wird eine Kalt- und Warmempfindung erhalten. Die ungleiche Verteilung spricht dafür, daß nicht nur im Sinne der v. Freyschen Lehre die Schmerz- und Druckempfindungen verschiedene Receptoren besitzen, sondern daß auch ein gleiches für die Kalt- und Warmempfindungen gilt.

E. Gellhorn (Halle a. S.).

Frey, M. v.: Gibt es tiefe Druckempfindungen? Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 98, H. 1/2, S. 113—124. 1925.

Frey, M. v.: Gibt es tiefe Druckempfindungen? Verhandl. d. physikal.-med. Ges., Würzburg Bd. 49, Nr. 4, S. 209—219. 1924.

Die Frage ist zu verneinen. Denn auch neuere Versuche über die Schwellenwerte von Druck- und Zugreizen an der auf weite Flächen mit dem Reinschen Verfahren anästhesierten Haut ergeben, daß die Reizschwelle abhängig ist von dem Umfang der vertaubten Fläche. Direkte Messung der Hautverschiebung an den Vertaubungsgrenzen ergibt, daß gleichwertige Reize gleichen Hautverschiebungen an den Vertaubungsgrenzen entsprechen; u. a. ist dementsprechend tangentialer Zug stets wirksamer als vertikaler. Versuche, durch die vertaubte Fläche hindurch die Muskeln mit Stoßreizen von hoher lebendiger Kraft zu erregen, führen nicht oder nur ganz schwach zu Empfindungen, über deren Charakterisierung vorläufig eine Äußerung kaum möglich ist (Eigenreflex?.) Auch führen ja überschwellige Erregungen der afferenten Muskelnerven zu Eigenreflexen bzw. zu Muskeltonus, die gemeinhin unbemerkt bleiben. Gelangen afferente Erregungen des Muskels zum Bewußtsein, so handelt es sich um

Digitized by Google

Empfindungen des Kraftsinns. Auch ergab die methodisch exakt durchgeführte Untersuchung eines Patienten mit Resektion von $L_4L_5S_2$ (hintere Wurzeln) im anästhetischen Gebiet die gleiche oben beschriebene Abhängigkeit seiner Druckempfindungen von der Einbeziehung der angrenzenden normal empfindenden Haut.

Hansen (Heidelberg).

Stein, H.: Über die Wahrnehmung geführter Bewegungen und das Zustandekommen einer Scheinbewegungswahrnehmung in einem Fall von Pseudarthrose. (*Med. Klin., Univ. Heidelberg.*) Zeitschr. f. Biol. Bd. 84, H. 1, S. 33—34. 1926.

Nach v. Frey ist die Wahrnehmung geführter Bewegungen nicht von der Sensibilität der Gelenkenden sowie der Bänder und Muskeln abhängig, sondern kommt allein durch die Dehnung bzw. Verkürzung der Haut zustande. Die Richtigkeit dieser Anschauung wird an einem Fall von Pseudarthrose des Oberarms bewiesen. Wird nämlich durch Heftpflasterzug die Haut in der gleichen Weise wie bei Ausführung passiver Bewegungen deformiert, so kommt es zur Wahrnehmung von Scheinbewegungen in der Pseudarthrose. *E. Gellhorn* (Halle a. S.).

Panzel, Adolf: Untersuchungen über das Vergleichen von Gewichten bei Gesunden und Kranken. (*Nervenabt., med. Klin., Heidelberg.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 87, H. 4/6, S. 161—206. 1925.

Im Gegensatz zu der dynamischen Methode, bei der das Vergleichen von Gewichten unter Ausführung von Schleuderbewegungen erfolgt, bedient sich der Verf. der statischen Methode. Der Oberarm ruht horizontal auf dem Tisch, der Unterarm ist rechtwinklig gebeugt und mit einer starren Ledermanschette versehen, die die Zügel trägt, an denen die die Gewichte enthaltenden Körbchen befestigt sind. Wird die Gewichtsvergleichung mit Muskeln sehr verschiedener absoluter Muskelkraft vorgenommen (in einem Falle von progressiver Muskelatrophie durch Vergleich zwischen dem gesunden und erkrankten Arm), so erscheint das gleiche Gewicht dem schwächeren Arm wesentlich schwerer. Dasselbe findet man am Gesunden, wenn die Belastung an der Zeigefingermuskulatur und am Biceps angreift. Bei Ausführung von Bewegungen wird aber auch mittels des atrophischen Armes richtig geschätzt. Aus Versuchen mit variierter Stellung des Unterarms zum Oberarm wird gefolgert, daß die mechanischen Verhältnisse für die Vergleichung nicht maßgebend sind, da das Gewicht des Unterarms bei der Vergleichung vernachlässigt wird. Auch die Spannungsempfindungen lassen sich umstimmen: Nach Einwirkung eines im wesentlichen an der Muskulatur angreifenden Gewichtes wird ein nachfolgender zweiter Reiz unterschätzt. Es folgen Berichte über das Gewichtsvergleichen unter pathologischen Bedingungen. *E. Gellhorn* (Halle).

Pendleton, C. R.: Instrument for marking the temperature spots on the skin. (Instrument zur Markierung der Temperaturpunkte auf der Haut.) Journ. of exp. psychol. Bd. 8, Nr. 6, S. 471—474. 1925.

Beschreibung eines Apparates, der die mit der Thermode festgestellten Kälte- und Wärmepunkte der Haut durch Niederfallen einer mit Druckerschwärze versehenen Nadel, deren Spitze unmittelbar neben der Thermodenspitze die Haut trifft, bequem zu markieren gestattet. Technische Einzelheiten sind aus Zeichnung und Beschreibung des Originals ersichtlich.

Harry Schäffer (Breslau).

Foerster, O.: Über die antidrome Leitung der sensiblen Nerven. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 145—155. 1925.

Es ist Foerster gelungen, die antidrome Leitung im peripheren Nerv beim Menschen klinisch zu beweisen, eine Tatsache, die bisher nur von den Physiologen sichergestellt worden war. Nach Durchschneidung eines Hautnerven (z. B. des N. cutaneus surae medialis, resp. lateralis) ruft die elektrische Reizung des peripheren Stumpfes einen heftigen Schmerz in dem Verbreitungsgebiet der Nerven hervor. Bei allen Versuchen von F. wurde der Schmerz nur in sogenannte „Mischgebiete" verlegt, d. i. in solche, wo auch andere Nerven enden. F. erklärt die Erscheinung durch antidrome Leitung durch die sensiblen Fasern zur Peripherie und von hier aus auf dem Wege des unverletzten Nerven des Mischgebiets zum Cerebrum. Besonders überzeugend war

Digitized by Google

diese Tatsache in 2 Fällen von traumatischen Verletzungen der peripheren Nerven zu beobachten. Bei der Reizung der peripheren Stümpfe entstand das charakteristische Schmerzgefühl, das der Headschen protopathischen Sensibilität entspricht. Dieselbe antidrome Leitung konnte F. auch feststellen nach Durchschneidung der hinteren Wurzeln und Reizung des peripheren Stumpfes. Es müssen Vorsichtsmaßregeln unternommen werden, daß Stromschleifen nicht neben die vorderen Wurzeln gehen, die auch sensible Fasern führen. Wie alles aus der Feder von F., ist auch dieser kleine Aufsatz der Niederschlag eines großen Wissens, seltener Fähigkeit der Problemstellung und hervorragender Beobachtungskraft. *M. Kroll* (Minsk).

Stewart, J. Edgar: An experimental study of the transplantation of the nerve supply of muscles. (Experimentalstudie über Transplantation von Nerv-Muskel-Präparaten auf gelähmte Muskeln.) (*Dep. of surg., Washington univ. school of med., St. Louis.*) Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 4, S. 948—956. 1925.

Bei mehreren Hunden wurde ein Nerv-Muskel-Präparat des M. sartorius in den durch Resektion seines Nerven zuvor gelähmten M. rectus femoris eingenäht. In der Mehrzahl der Versuche zeigte dann der M. rectus sichere Neurotisation. In einer weiteren Versuchsreihe wurde unter gleichen Bedingungen ein Nerv-Muskel-Präparat des M. adductor longus auf den rectus femoris übertragen, ohne daß hierbei die Neurotisation des gelähmten Muskels gelang. Das Mißlingen dieser Experimente wird auf Schädigung des Nerv. obturatorius bei dem Versuch, ihn an den M. rectus heranzubringen, zurückgeführt. Schließlich wurde bei mehreren Hunden der gesunde M. rectus femoris unterhalb seines Nerveneintrittes transversal durchschnitten und unmittelbar wieder zusammen genäht. Bei 2 von 3 Versuchen zeigte sich nach 160 bzw. 58 Tagen Neurotisation der distal von der Nahtstelle gelegenen Muskelportion. Im 3. Falle hatte offenbar die Naht nicht gehalten. Temporäre Lähmung des M. rectus vor der Durchschneidung durch Alkoholinjektion in seinen Nerven verhinderte die Neurotisation nicht. — Die praktische Verwendung der durch diese Experimente gewonnenen Erfahrungen dürfte vorläufig noch an den überaus großen technischen Schwierigkeiten scheitern. Möglicherweise kann Ruhigstellung der Extremität — die Tiere konnten sich unmittelbar nach der Narkose frei bewegen — die Resultate bessern. *Taterka* (Berlin).

Jarisch, A.: The circulation in skeletal muscle, chiefly in relation to the effect of the depressor nerve of the rabbit. (Der Blutkreislauf im Skelettmuskel, hauptsächlich in Beziehung zur Wirkung des Nervus depressor des Kaninchens.) (*Physiol. laborat., univ., Cambridge.*) Journ. of physiol. Bd. 60, Nr. 5/6, S. 419—427. 1925.

Zur Prüfung, ob die Reizung des Depressors, wie allgemein angenommen, eine Dilatation der Gefäße des Skelettmuskels bewirkt, wird der möglichst isolierte Gastrocnemius des Kaninchens in einen geeigneten empfindlichen Plethysmographen eingeschlossen. Es ergibt sich, daß das Volumen des Muskels in allen Fällen zugleich mit der Senkung des Blutdrucks zunimmt. Diese Volumzunahme geht trotz fortdauernder Reizung des Depressors meist rasch wieder zurück. Da diese sekundäre Abnahme ausbleibt, wenn die Senkung des Blutdruckes kompensiert wird, so scheint sie eine Folge der letzteren, also passiver Natur, zu sein. Da vollständige Verhinderung des venösen Abflusses die primäre Volumzunahme auf die Depressorreizung nicht verhindert, so muß diese hauptsächlich auf Veränderungen der arteriellen Seite des Kreislaufs beruhen. Die Volumzunahme ist nicht mehr zu beobachten, wenn vorher die sympathischen Fasern zur betreffenden Extremität durchschnitten wurden, beruht also wohl auf einer zeitweiligen Hemmung des Vasoconstrictorentonus. Reizung des Vagus bewirkt eine dem Steigen oder Fallen des Blutdrucks entsprechende Zu- oder Abnahme des Muskelvolums. Während der Asphyxie ist eine Abnahme des Volums zu beobachten, nach vorheriger Durchschneidung der sympathischen Fasern jedoch eine dem asphyktischen Anstieg des Blutdrucks entsprechende passive Volumzunahme. *Wachholder* (Breslau).°°

Stoel, G.: Über die Blutversorgung von weißen und roten Kaninchenmuskeln. (*Histol. Inst., Univ. Amsterdam.*) Zeitschr. f. wiss Biol., Abt. B: Zeitschr. f. Zellforsch. u. mikroskop. Anat. Bd. 3, H. 1, S. 91—98. 1925.

Am exquisit weißen M. adductor magnus und dem exquisit roten Semitendinosus des Kaninchens läßt sich nach Injektion von der Bauchaorta her schon makroskopisch feststellen, daß die trägen (roten) Muskeln viel dunkler als die weißen (schnellen) erscheinen. Im weißen zählt man etwa 2 mal so viel Capillaren wie im roten und im Herzmuskel noch einmal so viel

Digitized by Google

wie im weißen. Dabei erweist sich die Stoffwechseloberfläche als gleich groß. Da aber der rote Muskel bei maximaler Capillarfüllung 2 mal so viel Blut enthält wie der weiße und die Strömungsgeschwindigkeit in ihm auch größer ist, kann man die Stoffwechselverhältnisse im roten Muskel als viel günstiger betrachten. Das kann die lange dauernde Tätigkeit dieser Muskeln ohne merkbare Ermüdung erklären. Die Schnelligkeit der Kontraktion hängt aber wohl vom inneren Bau der Muskelfasern ab. *F. H. Lewy* (Berlin).

Fontes, Joaquim: Sur la physiologie du muscle énervé de la grenouille. A propos de la communication de Bremer et Gérard: Conséquences de l'énervation des muscles striés dans la série des vertébrés. (Über die Physiologie des enervierten Froschmuskels. Zur Mitteilung von Bremer u. Gérard: Folgen der Enervation gestreifter Muskeln in der Wirbeltierreihe. (*Inst. de physiol., fac. de méd., univ., Lisbonne.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 37, S. 1545—1547. 1925.

Vgl. dies. Zentralbl. **42**, 723.

Im Gegensatz zu den genannten Autoren, die selbst 4 Monate nach Ischiadicusdurchschneidung keine physiologischen Änderungen im Froschgastrocnemius finden konnten, werden von dem Verf. folgende Störungen nach diesem Eingriff beschrieben: Der enervierte Muskel zeigt unter Veratrinwirkung kleinere Zuckungen als der normale, seine Reizschwelle für faradische Reize ist erhöht, die Zuckungshöhe ist verringert. Auch der Muskel von Rana escul. ändert sich also nach Nervendurchschneidung, nur die Zeit bis zum Eintritt der Degeneration dauert viel länger. *E. Spiegel* (Wien).

Shimidzu, Kenmatsu: Die Bildung von vegetativen Reizstoffen im tätigen Muskel. (*Physiol. Inst., Univ. Zürich.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **211**, H. 3/5, S. 403 bis 413. 1926.

In Bestätigung einer Beobachtung von W. R. Hess konnte gezeigt werden, daß der Muskel bei seiner Tätigkeit einen Stoff mit acetylcholinartigem Effekt ausscheidet, wie sich in der Wirkung der Spülflüssigkeit auf Darm und Herz nachweisen läßt. Außerdem finden sich Substanzen in der Spülflüssigkeit des tätigen Muskels, welche Darm und Herz anregen, ohne daß sich ihre Wirkung durch Atropin oder Ergotamin beeinflussen läßt. Die Substanzen konnten bisher nicht näher bestimmt werden, es werden Histamin und die proteinogenen Choline Karrers in Betracht gezogen. *E. Spiegel.*

Grund, G.: Zur Elektro-Physiologie und Pathologie der tetanischen Muskelkontraktion. (*37. Kongr., Wiesbaden, Sitzg. v. 20.—23. IV. 1925.*) Verhandl. d. dtsch. Ges. f. inn. Med. S. 364—368. 1925.

Mit dem rotierenden Chronaximeter von Boruttau erzeugen wir durch die den konstanten Strom rechtwinklig unterbrechenden Stromstöße normalerweise einen Tetanus, ähnlich wie mit dem Induktionsstrom. Im Gegensatz zu letzterem können wir aber die Stärke und Dauer der einzelnen Stromstöße genau dosieren. Die Untersuchungen des Verf. haben ergeben, daß beim gesunden Muskel nur eine Einzelzuckung und kein Tetanus dann zu erzielen war, wenn bei minimalem Strom die Unterbrechungszeit unter 1 Sigma sinkt; bei Verstärkung des Stromes sinkt die für einen Tetanus erforderliche Unterbrechungszeit bald unter die mit dem Instrument meßbare Größe. Beim entarteten Muskel ist die minimale Unterbrechungszeit hochgradig verlängert. Da aber bei entarteten Muskeln die zur Erzeugung einer Einzelzuckung nötige Schlußzeit (Chronaxie) bei minimalen Strömen bis zu 10 Sigma und mehr verlängert ist, können wir überhaupt keinen Tetanus, sondern nur eine Einzelzuckung erzielen (mit minimalen Strömen). Der Unterschied gegen die Norm tritt besonders in Erscheinung, wenn der Strom erheblich verstärkt wird. Dann sinkt die nötige Schlußzeit, aber trotzdem tritt oft bei den stärksten Strömen nur Einzelzuckung und kein Tetanus auf. Die Erklärung des Phänomens ist schwierig und in einer Einwirkung des Stromes zu suchen, den dieser auch während des Stadiums entfaltet, in dem er keinen Kontraktionsreiz ausübt. *Toby Cohn* (Berlin).

Cluzet, J., et A. Chevallier: Effets moteurs et sensitifs produits par certains courants de haute fréquence. (Motorische und sensible Wirkungen durch Hochfrequenzströme.) (*Laborat. de physique biol., radiol. et physiothérap., fac. de méd., univ., Lyon.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 34, S. 1308—1310. 1925.

Durch Herstellung gleichgerichteter Hochfrequenzströme lassen sich mit diesen

Digitized by Google

Wirkungen am Muskel und Nerven auslösen. Wird die differente Elektrode auf den Muskel aufgesetzt, so erhält man einen starken, nicht schmerzhaften Tetanus. Am Nerven wird mit schwachen Strömen das Gefühl des Ameisenlaufens hervorgerufen; bei Zunahme der Intensität kommt es zum Tetanus des zugehörigen Muskels.

E. Gellhorn (Halle a. d. S.).

Flarer, Franco: Klinische und experimentelle Beobachtungen über den Muskeltonus. (*Med. Klin., Univ. Pavia.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 48, H. 1/2, S. 52—83. 1925.

Verf. schildert hier seine mit dem Mossoschen Apparat gewonnenen Resultate über die nach der gleichnamigen italienischen Arbeit bereits früher referiert worden ist. Es handelte sich bei dieser Methode um die graphische Darstellung des Beugungs- resp. Streckungsgrades des hängenden Unterschenkels infolge passiver Bewegung durch ein Gewicht entweder wechselnder Größe oder mit ständiger Belastung von 2 kg. Auf diese Weise ergeben sich Ausschläge verschiedener Höhe und zeitlichen Verlaufs, deren Abänderung unter Einspritzung von Novocain, Histamin, Adrenalin, Pilocarpin und Atropin beim normalen Muskel, ferner am atonischen und hypertonischen Muskel evtl. in Kombination mit den gannten Mitteln resp. mit endokrinen Präparaten dargestellt werden. Den Tonusbegriff determiniert Verf. in der bei uns üblichen Weise. Aus seinen Versuchen schließt er, daß der hauptsächlichste und wichtigste Weg zur Erhaltung des statischen Tonus, d. h. zur formbewahrenden Komponente über den Sympathicus geht. Ihm schließt sich die Funktion der quergestreiften Muskelfaser an, die vom sarkoplasmatischen Anteil nicht getrennt werden kann. Zu ihr gelangen die Reize subcorticalen und cerebralen Ursprungs, die eine sichtbare Wirkung auf den Muskeltonus ausüben. Es bestünde danach eine innige Verschmelzung zwischen den beiden Teilen der glatten und gestreiften Muskelfaser. An diese auf Experimente begründete Auseinandersetzung folgen Angaben, die zwar sehr positiv gehalten, aber durch keine eigenen Versuche gedeckt sind, so, wenn Verf. glaubt, bestätigen zu können, daß es einen besonderen chemischen Stoffwechsel des Muskeltonus gibt und daß dieser selbst an jenen gebunden ist, oder wenn er den Einfluß des Sympathicus auf den Muskeltonus als „erwiesen" bezeichnet.

F. H. Lewy (Berlin).

Seiler, Eduard: Die Frage des Muskeltonus in ihrer Entwicklung und in ihrem heutigen Stand. (*Physiol. Inst., Univ. Zürich.*) Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 16, H. 2, S. 307—320. 1925 u. Bd. 17, H. 1, S. 74—88. 1926.

Ausgezeichnetes Sammelreferat über das Gesamtgebiet des Tonus im wesentlichen bis zu Ende des Jahres 1923. Die Schlußfolgerungen, die Verf. aus dem Literaturstudium zieht, sind außerordentlich vorsichtig und ergeben, daß weder auf dem Gebiet der Stoffwechseluntersuchungen, noch über das Verhalten des Muskelkreatins, noch über die Abhängigkeit des Tonus vom vegetativen Nervensystem oder von Reizstoffen hormonalen Charkters einigermaßen schlüssige Beweise vorliegen. Ebenso stehen die Anschauungen Bottazzis über die Halteleistung des Sarkoplasmas und die von Neuschloß über die Zellphysiologie des Muskeltonus noch zur Diskussion. Nur so viel läßt sich mit einiger Wahrscheinlichkeit sagen, daß der Tonus weder nach Ursache, noch nach Mechanismus ein einheitliches Phänomen darstellt.

F. H. Lewy (Berlin).

Wertheimer, Pierre: Considérations sur la chirurgie du tonus musculaire. (Betrachtungen zur Chirurgie des Muskeltonus.) (*Clin. chir., fac. de méd., Lyon.*) Journ. de chir. Bd. 26, Nr. 1, S. 1—10. 1925.

Der Verf., ein Mitarbeiter von Leriche, stützt seine Überlegungen im wesentlichen auf eine Arbeit von Royle und Hunter, die auf Grund ihrer Erfahrungen angeben, daß Durchschneidung der Rami communicant. den Charakter der Enthirnungsstarre verändere. Diese Operation soll bereits am Menschen sehr häufig und ohne Zwischenfälle ausgeführt worden sein. Als Indikation wird das Vorhandensein der Verlängerungs- resp. Verkürzungsreaktion mit langsamen Reflexen angegeben. Lebhafte Reflexe bilden eine Gegenindikation. Alle spastischen Zustände sind ungeeignet, während die Rigidität gut reagiere. Es erscheint nach den rein theoretischen Erwägungen des Verf. etwas weit gegangen, wenn er bereits von einer neuen Entwicklung der Chirurgie des Sympathicus spricht.

F. H. Lewy (Berlin).

Digitized by Google

Goldstein, Kurt: Über induzierte Veränderungen des „Tonus". X. (*Neurol. Inst., Univ. Frankfurt a. M.*) Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **17**, H. 2, S. 203 bis 228. 1926.

IX. Vgl. dies. Zentrlbl. **42**, 248.

Wöhlisch, Edgar, und Hans Schriever: Untersuchungen zum Problem der Muskelkontraktion. (*37. Kongr., Wiesbaden, Sitzg. v. 20.—23. IV. 1925.*) Verhandl. d. dtsch. Ges. f. inn. Med. S. 361—363. 1925.

Die Untersuchung des isoelektrischen Punktes der wichtigsten Eiweißkörper der Muskeln ergab Werte von 5,4—3,3, blieben also hinter dem von Meyerhof für sein Verkürzungsprotein postulierten Wert von 6 zurück. Es wäre aber möglich, daß an Ort und Stelle ein höherer Säuregrad herrscht als im Preßsaft. Unter dieser Voraussetzung könnte das Myosin das Verkürzungsprotein im Sinne einer Entquellungstheorie der Muskelkontraktion vorstellen, während das Myogen bei der Pufferung der gebildeten Säure eine wichtige Rolle spielen dürfte. *F. H. Lewy* (Berlin).

Doxiades, L.: Antagonistische Muskelverdickungskurven beim Kinde. (*Kaiserin-Auguste Victoria-Haus, Charlottenburg.*) Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. **40**, H. 3, S. 244 bis 250. 1925.

An Neugeborenen und Kindern der ersten Lebensmonate wurden Verdickungskurven der Beuger und Strecker des Oberschenkels mittels Glycerinpelotten und Mareyschen Kapseln auf Rußkurven registriert. Bei Neugeborenen findet sich bei aktiven wie bei passiven Bewegungen im Knie völlige Reziprozität der antagonistischen Muskeln ohne jede Andeutung einer Einstellreaktion oder eines Rückstoßes. Diese reine Reziprozität ist beim Neugeborenen konstant, aber schon beim 2monatigen Säugling zeigen die Kurven Andeutungen einer beginnenden gegenseitigen Beeinflussung der beiden Antagonisten. Erst bei einem 18 Monate alten Kind fanden sich deutliche Abweichungen von der Normalkurve des Neugeborenen, die bereits an das Verhalten des Erwachsenen erinnern. Die Reziprozität war schwächer ausgeprägt und in der Antagonistenkurve kamen deutliche Zeichen einer Einstellreaktion und eines Rückstoßes zur Beobachtung. *Harry Schäffer* (Breslau).

Wagner, R.: Über die Zusammenarbeit der Antagonisten bei der Willkürbewegung. I. Mitt.: Abhängigkeit v. mechanischen Bedingungen. (*Physiol. Inst., Univ. Tübingen.*) Zeitschr. f. Biol. Bd. **83**, H. 1, S. 59—93. 1925.

Unter gleichzeitiger Registrierung der Bewegungskurve des Armes und des Aktionsstromes in einem Antagonistenpaar (Biceps-Triceps) wird das Zusammenwirken der Agonisten unter verschiedenen äußeren Bedingungen untersucht. Bei der Ausführung von Bewegungen sind Reibungs-, Trägheits- und elastische Kräfte zu überwinden. Es wird eine Versuchsanordnung gewählt, in der nur eine Kräftegruppe so überwiegt, daß die beiden anderen vernachlässigt werden können. 1. Reibungskräfte. Es wird eine mit einem Stabe versehene Platte fortbewegt, die sich in einer mit einem dicken Brei gefüllten Wanne befindet. Hier sind lediglich Reibungskräfte zu überwinden, deren Größe bei gleichförmiger Bewegung sich nicht ändert. Die Aktionsströme zeigen, daß mit Beginn der Bewegung im Agonisten sofort Aktionsströme auftreten und während der Bewegung in gleicher Amplitude anhalten. Der Antagonist bleibt in Ruhe. 2. Trägheitskräfte. Auch wenn im wesentlichen bei der Bewegung nur Trägheitskräfte zu überwinden sind, findet sich bei Beugung und Streckung des Armes ein Alternieren im Auftreten des Aktionsstromkurve. Aber ihr zeitliches Verhalten ist gänzlich anders, als bei Überwindung von Reibungskräften festgestellt wurde. Die Bewegungskurve hat die Form einer Sinuskurve. Im Maximum der Beugung findet sich aber der Triceps, im Maximum der Streckung aber Biceps in Tätigkeit, so daß trotz alternierender Muskeltätigkeit die Regulierung der Bewegungen durch die Antagonisten stattfindet. 3. Elastische Kräfte. Bei Beugung und Streckung gegen eine gespannte Feder findet man das Maximum der Aktionsstromkurven an den Grenzstellungen, da mit zunehmender Entfernung von der Ruhelage auch die Federspannung wächst. Bei der weiteren Bewegung von der Grenzstellung zur Mittellage nimmt entsprechend der allmählichen Verlängerung des Agonisten auch die Amplitude des Aktionsstromes allmählich ab. Aus der eingehenden theoretischen Diskussion, in der die Sonderstellung der Muskel-

Digitized by Google

tätigkeit bei Überwindung von Trägheitskräften hervorgehoben und ihre Beziehung zu den Sehnenreflexen erörtert wird, geht hervor, daß die Sehnenreflexe als Anpassungserscheinung an die Massenträgheit aufzufassen sind. *E. Gellhorn* (Halle).

Wagner, R.: Über die Zusammenarbeit der Antagonisten bei der Willkürbewegung. II. Mitt. Gelenkfixierung und versteifte Bewegung. (*Physiol. Inst., Univ. Tübingen.*) Zeitschr. f. Biol. Bd. 83, H. 2, S. 120—144. 1925.

Technik: Gleichzeitige Registrierung der Aktionsströme des Biceps und Triceps mit 2 Saitengalvanometern sowie der Bewegungskurve des Unterarms In der ersten Mitteilung waren Bewegungen beschrieben, in denen der Wirkungsgrad des Antagonistensystems für äußere Arbeitsleistung maximal war. Hierbei hatte sich ergeben, daß Agonist und Antagonist rein reziprok tätig waren. In der vorliegenden Mitteilung werden nun die Abweichungen hiervon beschriebeu. Eine gleichzeitige Tätigkeit der beiden Muskeln läßt sich stets dann beobachten, wenn diese außer ihrer Aufgabe als Agonist bzw. Antagonist der Bewegung noch eine Nebenrolle als Synergisten zu erfüllen haben, z. B. wenn die Bewegungen im Ellenbogengelenk bei geschlossener Faust ausgeführt werden sollen. Ferner kann sich bei willkürlich „versteiften" Bewegungen über die den Bewegungsphasen (Beugung und Streckung) entsprechende, in großen Perioden ablaufende reziproke Tätigkeit der antagonistischen Muskeln noch eine wesentlich frequentere Tätigkeit von etwa 11 Perioden pro Sekunde überlagern. Es entspricht dies den von Wachholder für die Antagonistentätigkeit beschriebenen Perioden. Dieses schnelle Alternieren führt zu periodischen Bremsungen während der Bewegungsausführung (Pfahl, Wachholder). Diese sind zur Ausführung von Bewegungen mit gleichförmiger Geschwindigkeit erforderlich, weil hierzu die Dämpfung durch die Luft- und Gelenkreibung allein nicht ausreicht. Verf. spricht die Vermutung aus, daß auch bei der Gelenkfixierung eine derartig alternierende Tätigkeit der beiden Antagonisten vorhanden ist, deren Frequenz nur zu groß sei, als daß die trägen Massen der Glieder ihr zu folgen vermöchten. Die Gelenkfixierung wäre demnach als ein Grenzfall alternierender Gelenkbewegung zu betrachten. Als Stütze für diese Ansicht führt Verf. an, daß bei maximaler Fixierung des Ellbogengelenks ein Tremor von 10—12 Schlägen pro Sekunde zu beobachten ist. Schließlich sind gleichzeitige Tätigkeiten in beiden Antagonisten noch dann zu beobachten, wenn bei mangelnder Übung eine unzweckmäßige Mitinnervierung stattfindet, sowie dann, wenn bei der Bewegung schmerzhafte Empfindungen auftreten. Für alle diese Fälle scheint die Annahme einer doppelten reziproken Innervation im Sinne Sherringtons und Graham Browns nicht erforderlich zu sein, vielmehr scheint dem Verf. die Auffassung Herings, daß wahre Antagonisten nie gleichzeitig tätig sind, eher noch weiter als bisher anwendbar zu sein. *Wachholder* (Breslau).

François, Marcel, I. Meyerson et Henri Piéron: Du temps de latence des réactions d'équilibration aux brusques accélérations longitudinales. (Über die Latenzzeit der Gleichgewichtsreaktionen bei plötzlichen longitudinalen Beschleunigungen.) Cpt. rend. hebdom. des séances de l'acad. des sciences Bd. 181, Nr. 26, S. 1181 bis 1183. 1925.

Bestimmung an 2 Versuchspersonen der Latenzzeiten der korrigierenden Gleichgewichtsreaktionen bei plötzlich der Versuchsperson erteilten horizontalen Beschleunigungen. Langer Stab vertikal am Rücken als Zeiger aufgebunden. Versuchsperson geht auf horizontaler Tretbahn („trottoir roulant"), in der Abschnitte mit verschiedener Geschwindigkeit vorhanden sind. Tritt die Versuchsperson von einem Abschnitt mit kleinerer Geschwindigkeit auf einen solchen mit größerer Geschwindigkeit, so wird ihr eine positive Beschleunigung mitgeteilt und sie reagiert mit einer Vorwärtsneigung des Oberkörpers, damit dieser den schneller vorwärtsgehenden Füßen folge. Beim Überschreiten der Scheidung eines schnelleren Abschnittes der Bahn auf einen trägeren Teil erhält die Versuchsperson eine negative Beschleunigung. Kinomatographische Aufnahmen (18—25 Bilder pro Sek.); Beschleunigungen in km-St. bzw. cm-Sek. angegeben. Geschwindigkeiten der Tretbahnabschnitte wechselnd von 3,2—7 km-St.

Digitized by Google

Für plötzliche Beschleunigungen zwischen 30—60 cm-Sek. ist die Latenzzeit der reflektorischen korrigierenden Rumpfbewegung 0,3—0,6 Sek. und die ganze Dauer derselben 0,5—1 Sek. Die Gleichgewichtsreaktionen nach negativen Beschleunigungen sind „träger und langsamer", haben also größere Latenzzeit und dauern länger. Interessanterweise fanden die Verff. bei größeren Beschleunigungen größere Latenzzeiten; sie erklären diese Beobachtungen dadurch, daß die schnellere Verschiebung des Körperschwerpunktes schwieriger zu überwinden ist. *Dusser de Barenne* (Utrecht).

Sommer, R.: Reiz-Bewegungssysteme bei Menschen und Tieren. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 203 bis 205. 1925.

Der von Descartes ursprünglich eingeführte Reflexbegriff bedarf einer Erweiterung. Es handelt sich um Reizbewegungssysteme, die nur biologisch-phylogenetisch verstanden werden können. *M. Kroll* (Minsk).

Starker, W.: Das Symptom von Léri und seine Bedeutung in der Semiotik der Nervenkrankheiten. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 486—488. 1925. (Russisch.)

Auf Grund von 158 Untersuchungen bestätigt Starker, daß das Lérische Zeichen bei Py-Läsionen fehlt, bei extrapyramidalen Affektionen unversehrt ist, bei Reizungen der peripheren afferenten Bahnen verstärkt ist, beim Säugling und bei schweren Verletzungen des peripheren motorischen Neurons fehlt. *M. Kroll* (Minsk).

Delmas-Marsalet, P.: Le critère physio-clinique de la réflectivité posturale. (Das physisch-klinische Kriterium der Haltungsreflexe.) (*Laborat. du prof. Pachon, Bordeaux.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 37, S. 1516—1518. 1925.

Graphische Untersuchung der Reflexkontraktion des Tibialis anticus auf passive Dorsalbeugung des Fußes bei Parkinsonkranken. Es ist dieser Reflex als Haltungsreflex von Foix und Thévenard 1923 beschrieben worden, aber schon länger bekannt. Schon 1913 hat Wertheim Salomonson dieses Phänomen als „Verkürzungsreflex" bei Gesunden und Nervenkranken beschrieben und auf die Analogie dieses Reflexes mit der von Westphal 1880 bei spastischen Zuständen beschriebenen „paradoxen Muskelkontraktion" hingewiesen. Verf. unterscheidet bei seinen post-encephalitischen Starrekranken 3 Reflextypen: 1. Der typische Verkürzungsreflex, wodurch die Annäherung der Muskelenden eine Kontraktion des Muskels hervorgerufen wird, die nach Loslassen des Fußes ganz allmählich in 3—4 Sekunden nachläßt; 2. der Typus, wo die Kontraktion nicht bei der passiven Verkürzung des Muskels einsetzt, sondern erst im Augenblick, wo der Fuß freigegeben wird, und somit die dann einsetzende Dehnung des Muskels die Kontraktion hervorruft. Verf. betrachtet diesen Typus als eine „Lenghthening reaction" im Sinne Sherringtons und bezeichnet sie, weil sie zum Beibehalten der einmal eingenommenen oder gegebenen Haltung beiträgt, als Haltungsreflex; 3. eine Kombination von den beiden angeführten Typen. Verf. erblickt in der Dauer der Decreszente, also in der Erschlaffungszeit des Muskels ein Maß für die Intensität dieses Verkürzungsreflexes. In den 3 abgebildeten Kurven der 3 Typen dieses Reflexes beträgt die Erschlaffungszeit oder Lösungszeit, wie sie der Verf. benennt, 3,2, 4,1 bzw. 4 Sekunden. *Dusser de Barenne* (Utrecht).

Geimanović, A.: Bilaterale Pendelmodifikation des Kniesehnenreflexes. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 304—314. 1925. (Russisch.)

Bei einer 51jährigen, seit 5 Jahren paraplegischen Frauensperson (Diagnose vermutungsweise Sclerosis multiplex), mit Neigung zu Streckcontractur der unteren Extremitäten läßt sich die Pendelmodifikation des Kniesehnenreflexes teils durch einfachen Schlag mit dem Perkussionshammer, teils durch passive Bewegungen der unteren Extremität hervorrufen. Die pendelnden Bewegungen treten beidseitig auf. Verf. bespricht ausführlich die Bedingungen, unter denen die Pendelmodifikation zustande kommt — es handelt sich um ein gemeinsames Auftreten von Abwehr- und spastischen Reflexen, die hier in einer organischen Synergie, innerlich verbunden, erscheinen. *Bresowsky* (Dorpat).

Digitized by Google

Psychologie und allgemeine Psychopathologie.

Dashiell, J. F.: Is the cerebrum the seat of thinking? (Ist das Gehirn der Sitz des Denkens?) Psychol. rev. Bd. **33**, Nr. 1, S. 13—29. 1926.

Die — im Stil und in geistiger Haltung erstaunlich saloppe — Arbeit kommt darauf hinaus: wir denken nicht mit dem Gehirn; davon können wir nichts wissen. Aber natürlich müssen wir introspektive Erscheinungen auf körperliche, physiologische Ursachen zurückführen. Und wir finden diese in den Anpassungen, Tonusveränderungen usw. der Motorik, der glatten Muskulatur, der inneren Drüsen und Sinnesorgane. Hier liegt die Basis für die künftige Physiologie des Denkens. Daß diese körperlichen Erscheinungen nur affektive und nicht auch intellektuelle Vorgänge begleiten (Verf. sagt geradezu: fundieren), ist nur ein Einwand „logischer Konfusion". *Kronfeld.*

Wollenberg, R.: Über systematische Störungen der egozentrischen Orientierung bei Geistesgesunden. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **74**, H. 2/4, S. 337 bis 349. 1925.

Verf. berichtet über 3 Fälle einer eigenartigen räumlichen Orientierungsstörung, die dadurch gekennzeichnet ist, daß die betreffenden Personen sich zeitweise in bekannter Umgebung nicht zurechtfinden konnten, weil diese ihnen in der Horizontalen um 180^0 gedreht erschien. Alle 3 Personen gehörten zu den konstitutionell Nervösen, alle waren leicht ermüdbar, 2 von ihnen besaßen große Lebhaftigkeit des Temperaments und ausgesprochen sinnliche Deutlichkeit des Vorstellens, eine Patientin litt an Zwangsvorstellungen religiöser Art und hatte allerhand Hemmungen. In allen 3 Fällen bestanden ferner gewisse Unregelmäßigkeiten von seiten der Augen, und zwar asthenopische Beschwerden oder myopischer Astigmatismus. Dazu kamen in einem Fall auch gelegentlich nervöse Hörstörungen. Die 3 Kranken hatten ihrer Versicherung nach einen durchaus guten Ortssinn und vermochten sich im allgemeinen auch an unbekannten Orten leicht zurechtzufinden. In allen Fällen konnte man von einer leichten Schwäche des Rechts-Links-Empfindens sprechen, wie sie sich bekanntlich bei sehr vielen Menschen findet. In ursächlicher Beziehung wurde in sämtlichen Fällen die Ermüdung hervorgehoben. Diese hat in dem letzten Fall auch noch zu anderen eigenartigen Störungen geführt, welche an die Erscheinungen des déjà vu erinnern. Immer wird das Eintreten des Zustandes als plötzlich und ruckartig geschildert, und ebenso vollzog sich meistens auch sein Verschwinden. Dieses Gefühl wurde übereinstimmend als fremdartig, beängstigend bezeichnet und der dadurch entstandene Gemütszustand als der der Rat- und Hilflosigkeit. Eine günstige Beeinflussung der einmal eingetretenen Störung erreichte eine der Kranken dadurch, daß sie sich mit möglichster Energie einmal um ihre eigene Achse drehte. Die anderen versuchten durch irgendeine Ablenkung und anderweitige Einstellung über den Zustand hinwegzukommen. Die Kranken waren auch auf der Höhe der Störung völlig klar und imstande, im einzelnen egozentrisch scharf zu lokalisieren. Gestört war vielmehr ein funktioneller Komplex, die egozentrische Lokalisation in ihrer Gesamtheit, soweit die Ebene der gewöhnlichen Fortbewegung, nämlich die Horizontale, in Betracht kam. Dieser funktionelle Gesamtausfall gestattet eine Parallele zu dem Verhalten gewisser hysterischer Störungen, die sich gleichfalls von organisch bedingten durch ihre Komplexität unterscheiden.

Straus (Berlin-Charlottenburg).

Petersen, Hans: Über die Bedeutung der aufrechten Körperhaltung für die Eigenart des menschlichen Umweltbildes. Naturwissenschaften Jg. **12**, H. 10, S. 186—191. 1924.

Die „Umwelt" im Sinne v. Üxkülls entsteht bei der aufrechten Körperhaltung des Menschen vorwiegend aus zwei Arten von Sinneswahrnehmungen, vermittelt durch die nach vorn gerichteten Augen und die bei der aufrechten Haltung frei als Handwerkszeug verwendbaren Hände (Tastsinn). Die Bedeutung des Tastens und der kinästhetischen Empfindungen im Aufbau der menschlichen „Umwelt" wird eingehend analysiert und hervorgehoben, daß getastete und gesehene Umwelt zwei ganz verschiedene Welten sind. Nur der Mensch allein, dank seiner aufrechten Körperhaltung, ist in der Lage, die beiden Welten miteinander koordiniert zur Deckung zu bringen. Die Wahrnehmung der Umwelt bei einem Vierfüßler, der seine

Digitized by Google

optischen Eindrücke hauptsächlich durch seinen Geruchsinn kontrolliert bzw. ergänzt, beruht auf ganz anderen Faktoren und ist von der des Menschen prinzipiell verschieden. Das Wesen der Verschiedenheit ist darin gegeben, daß der aufrechtstehende Mensch die Bewegungen seiner Hände, d. h. das Tasten in der „Umwelt" mit seinem Blick ruhig verfolgen kann, während der Vierfüßler, während er seine optischen Eindrücke durch sein Tastgefühl (Schnauze, Rüssel) oder den Geruchsinn zu ergänzen sucht, die Blickrichtung ständig verändern muß. Beim Menschen entsteht daher momentan eine raum-zeitliche Punktkoinzidenz optischer und ästhetischer Sinneseindrücke, während bei Vierfüßlern die gesehene und die getastete bzw. gerochene „Umwelt" zeitlich auseinanderfallen. *Péterfi* (Berlin-Dahlem).

Kiesow, F.: Zur Kritik der Eidetik. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 53, H. 4, S. 447 bis 484. 1925.

Prüfungen an 58 norditalienischen Jugendlichen zwischen 6—14 Jahren ergaben durchweg das Auftreten konträrer optischer Nachbilder wie auch die Fähigkeit, den Simultankontrast richtig zu erfassen. Auch bei einer Reihe von Kleinkindern unter 6 Jahren bildete das Auftreten nichtkonträrer Nachbilder eine Ausnahme. Wenn daher das Auftreten positiver Nachbilder mit sog. eidetischer Anlage gleichzusetzen ist, was selbst für Jaensch fraglich erscheint, so ist die Ansicht Hennings und Jaenschs, es handele sich bei der Eidetik um eine ontogenetische Frühform der Wahrnehmungswelt, verfehlt. Es sind vielmehr, ebenso wie bei den Erwachsenen, auch bei Kindern nur Ausnahmefälle, die die eidetischen Erscheinungen aufweisen. Verf. wendet sich gegen die von der Jaenschschen Schule überhaupt zu weit getriebene Ausgestaltung der von Urbantschitsch erstmalig beschriebenen Phänomene. Was Henning über den Geruch sagt, der im eidetischen Stadium persistiere, hält ebensowenig einer Kritik stand wie die Behauptung, daß eidetische Anlage auf akustischem Gebiet zusammenfalle mit ausgezeichnetem musikalischen Gedächtnis oder großer musikalischer Begabung (Beispiele Wagner, Beethoven). Und für die Untersuchungen auf optischem Gebiet wird Jaensch vorgeworfen, daß er die Eidetiker nicht von den sog. visuellen Typen abgrenze. *H. Schulte* (Berlin).

Bürklen K.: Die Theorie des Tastens von Dr. J. G. Steinbuch (1811). Zeitschr. f. d. österr. Blindenwesen Jg. 12, Nr. 7/8, S. 65—79. 1925.

Verf. macht auf eine Schrift von Steinbuch „Beiträge zur Physiologie der Sinne" aus dem Jahre 1811 aufmerksam, in der zum erstenmal die Theorie des Tastens aufgestellt worden ist. Steinbuch hat erstmalig die Bedeutung der Bewegungsempfindungen und Vorstellungen für die Bildung der Raumvorstellung dargelegt. Als eine räumlich aktive Wechselwirkung irgend einer Hautstelle unserer Körperoberfläche mit einem äußeren tastbaren Objekt definiert bereits Steinbuch das Tasten zum Unterschied von einer Druckempfindung. Die wichtigsten Stellen über die verschiedenen Tastarten, das Tastgebiet, die Tastweite, die Orientierung im Raum usw. aus genannter Schrift werden wiedergegeben. Zum kurzen Referat ist die Arbeit wenig geeignet, es sei auf das Original verwiesen. *Voelkel* (Berlin-Dahlem).

Brückner, A.: Über eine Tasttäuschung als Ausdruck der Vorherrschaft des Sehraumes über den Tastraum. (*Univ.-Augenklin., Basel.*) Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg., II. Abt.: Zeitschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 56, H. 5/6, S. 318—321. 1925.

Unter Wasser befindliche Gegenstände, die infolge der Lichtbrechung schmäler erscheinen, erscheinen auch taktil verschmälert, wenn man sie abtastet. Das gilt auch für Glieder des eigenen Körpers, obwohl hier durch die Betastung eine doppelte Möglichkeit der Korrektur des sogar als irrtümlich empfundenen Gesichtseindrucks gegeben wäre. Primat des Sehraums über den Tastraum für unser Umweltsbild?

Hansen (Heidelberg).

Ponzo, Mario: Fenomeni di fusione e di gara fra rappresentazioni spaziali cutanee. (Erscheinungen der Verschmelzung und des Wettstreites zwischen räumlichen Tastvorstellungen.) (*Istit. di psicol. sperim., univ., Torino.*) Arch. ital. di psicol. Bd. 3, H. 1, S. 33—36. 1924.

Wenn man mit überkreuztem Ring- und Mittelfinger gleichzeitig zwei gleiche Gegenstände, die sich in entsprechendem Abstand befinden, berührt, bekommt man nach kurzer Zeit die Vorstellung eines einzigen, oft größeren Gegenstandes (Verschmelzung). Verf. versucht dies aus den physiologischen Tastbedingungen heraus zu

Digitized by Google

erklären. Aber nicht alle Gegenstände führen zu dieser Verschmelzung. Wenn man 2 konkave und 2 konvexe Ränder in verschiedenen gegenseitigen Positionen betastet, kommt es im Bewußtsein zu einer unvollständigen Verschmelzung. Tastet man dagegen zugleich eine Konvexität und eine Konkavität, so kommt es meist zu einem unregelmäßigen Alternieren beider Vorstellungen (Wettstreit). In dem Falle ist also weder die Verschmelzung noch die gleichzeitige Perzeption beider Oberflächen als solcher möglich, also keine der zwei stets miteinander konkurrierenden Tendenzen der Perzeption gewinnt die Oberhand. Analogien aus anderen Sinnesgebieten sind bekannt.

Josef Wilder (Wien).

Rittershaus, E.: Die Untersuchung der Aufmerksamkeitsschwankungen und ihre diagnostische Bedeutung. (*Psychiatr. Univ.-Klin., Hamburg-Friedrichsberg.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **75**, H. 4/5, S. 585—629. 1925.

Der Verf. beschreibt eine von ihm ausgearbeitete Versuchsanordnung, bei der die Schwankungen der Aufmerksamkeit während eines gewissen Zeitraumes erfaßt werden, bei der aber gleichzeitig die produktive geistige Leistung, Ermüdung und ähnliche Faktoren so gering sind, daß man sie vernachlässigen darf. Es kommt im Prinzip darauf an, in einem vorgelegten Text einen bestimmten Buchstaben auszustreichen und die Zahl der Fehler und die Zeit für jede einzelne Zeile des Textes zu bestimmen und kurvenmäßig darzustellen. Die so an einzelnen Krankheiten gewonnenen Kurven lassen nicht ohne weiteres diagnostische Rückschlüsse zu. Nur im Zusammenhang mit dem klinischen Bilde gewinnt man tiefere Einsichten in das Krankheitsbild.

Riese (Frankfurt a. M.).

Jacobson, Edmund: Response to a sudden unexpected stimulus. (Reaktion auf einen plötzlichen und unerwarteten Reiz.) Journ. of exp. psychol. Bd. **9**, Nr. 1, S. 19 bis 25. 1926.

Die körperliche Reaktion auf einen Schreckreiz (Zusammenzucken) und das subjektive Gefühl des Erschreckens sind um so heftiger, je mehr der Reagent sich vorher im Zustande angespannter Aufmerksamkeit und des angespannten Muskeltonus befunden hat. Im Zustande der Unaufmerksamkeit und der Muskelentspannung fehlen die Schreckreaktionen ganz oder fast ganz. *Lipmann* (Neubabelsberg b. Potsdam).

Bergemann, Wilhelm: Versuche über die Entwicklung des visuellen Gedächtnisses bei Schülern. Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg., Abt. 1: Zeitschr. f. Psychol. Bd. **98**, H. 3/4, S. 206—232. 1925.

Die Untersuchungen des Verf. wollen den scheinbaren Widerspruch aufklären zwischen den Resultaten der bisherigen Untersuchungen über die Gedächtnisentwicklung beim jugendlichen Menschen, die übereinstimmend eine vorwärtsläufige Entwicklung zeigen, und den Ergebnissen der Untersuchungen über den Entwicklungsgang der eidetischen Fähigkeit, die nach den sehr gründlichen Untersuchungen Jaensch's und seiner Schüler im wesentlichen mit dem Eintritt der Pubertät abzuklingen beginnt. Da die Fähigkeit zur Erzeugung subjektiver optischer Anschauungsbilder doch offenbar eine Erscheinungsform des visuellen Gedächtnisses ist, liegt die Vermutung nahe, daß die visuelle Komponente des Gedächtnisses bei den bisherigen Gedächtnisuntersuchungen nicht genügend zur Auswirkung gekommen sei. Verf. wählt demnach eine Untersuchungsmethode, die möglichst ausschließlich das visuelle Gedächtnis erfaßt, er benutzt die bekannten Rubinschen Figuren und wählt unter ihnen noch diejenigen aus, bei denen eine Einprägung auf akustisch-motorischem Umwege durch Sprachbezeichnung fast ausgeschlossen erscheint. Die Versuche wurden an Gruppen von je 10 Schülern angestellt mit Hilfe der Rekonstruktionsmethode, deren Verfahren darin besteht, daß Glieder einer vorher zur Einprägung dargebotenen Reihe zufällig gemischt gegeben werden mit der Instruktion, daraus die ursprüngliche Reihe wieder herzustellen. Die Ergebnisse der an hübschen Einzelbeobachtungen reichen Untersuchung lassen die Annahme, daß der Widerspruch zwischen Gedächtnis- und Eidetikentwicklung auf zu geringer Erfassung des visuellen Gedächtnisses bei den Untersuchungen beruhte,

Digitized by Google

nicht aufrechterhalten. Die mit den Jahren zunehmende formale Bildung, das Wachsen der allgemeinen Geisteskräfte ist gut imstande, das Abklingen der eidetischen Anlage zu kompensieren und überzukompensieren. Diese Tatsache wird noch dadurch illustriert, daß die Streuung der Versuchsresultate in den unteren Klassen eine viel größere ist als in den oberen, nur in den unteren Klassen findet man eben extrem gute Leistungen ausgesprochener Eidetiker, extrem schlechte nichteidetisch veranlagter Kinder, die hier noch nicht durch die erst später vorhandene formale Bildung ausgeglichen werden können. Als interessantes, evtl. für sog. Begabtenprüfungen beachtliches Nebenergebnis dieser Untersuchungen wäre noch zu erwähnen, daß die Mehrzahl der Schüler mit guten Versuchsergebnissen zu den im Unterricht Schwächeren gehörten, eidetische Veranlagung also absolut kein Begabungskriterium darstellt.

Eva Rothmann (Berlin).

Lloyd, James Hendrie: Trial by jury. (Vorzüge und Enge des optischen Vorstellens.) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **14**, Nr. 4, S. 449—454. 1925.

Verf. erörtert die Bedeutung des optischen Vorstellens für den Aufbau des individuellen Weltbildes, für den Denkprozeß und den sprachlichen Ausdruck gegenüber andersartigen Vorstellungstypen und dem verbalen unanschaulichen Denken.

Erwin Straus (Berlin-Charlottenburg).

● **Piaget, Jean: Le jugement et le raisonnement chez l'enfant.** (Urteilen und Denken beim Kind.) (*Collection d'actualités pédagogiques.*) Neuchatel et Paris: Delachaux & Niestlé 1924. 343 S. Frcs. 6.—.

Als eine Veröffentlichung des Instituts Rousseau in Genf bringt Piaget den 2. Band seiner Studien zum kindlichen Denken (der 1. handelte vom Sprechen und Denken). Experimente über den Gebrauch der Konjunktionen weil, da, also, dann, usw., der Begriffe Bruder, Schwester, Familie, rechts, links usw. begründen eine Theorie der kindlichen logischen Operationen. Sie gipfelt etwa in folgenden Feststellungen: Das Kind denkt nicht über die Methoden seines eigenen Denkens nach. Es heftet sich an den Einzelfall; stellt irgendetwas fest, ohne es unter ein allgemeines Verhalten zu subsummieren; es bildet keine Regeln und kennt daher auch keine Ausnahmen; es stellt einzelne Sachverhalte nebeneinander fest, ohne sie aufeinander zu beziehen (Juxtaposition, ähnlich wie beim Zeichnen); es macht sich die Relativität vieler Begriffe nicht bewußt. Ein Ausländer z. B. ist für das Schweizer Kind eben ein Nichtschweizer an sich, ohne daß der Gedanke der Reziprozität auftaucht. — Das Buch bringt wertvolle neue Beiträge zur Denkpsychologie; den Beziehungen des kindlichen Denkens zur primitiven Geistigkeit und zur Denkstörung des Erwachsenen forscht der Verf. jedoch (absichtlich) nicht nach. *Gruhle* (Heidelberg).

Ogden, Robert Morris: The nature of intelligence. (Die Natur der Intelligenz.) Journ. of educat. psychol. Bd. **16**, Nr. 6, S. 361—369. 1925.

Nach einer Kritik der verschiedenen Intelligenzbegriffe bei gegenwärtigen englischen Psychologen — die weit tiefer schürfende deutsche Forschung ist dem Autor wieder einmal eine terra incognita — kommt Verf. zu der eigenen „Definition": „ein Akt der Intelligenz besteht im Erfassen von Beziehungen zwischen als bekannt gegebenen Daten, wobei er neue Grundlagen außer dieser erfaßten Beziehung schafft; er erweitert sich also zur Erfassung einer bis dahin unbekannten Sachlage, die den Bedingungen einer bekannten Beziehung entspricht, welche aus einer einzelnen ebenfalls bekannten Sachlage sich ergeben hatte." Die deutsche Forschung sagt das einfacher und klarer.

Kronfeld (Berlin).

● **Schwarz, Ernst: Beiträge zur Lehre von der intellektuellen Phantasie. (Meinong-Studien I.)** Graz, Wien u. Leipzig: Leuschner & Lubensky 1925. 84 S. RM. 4.—.

Ein grundlegender gegenständlicher Erfassungsakt ist die Annahme in der Phantasie. Ihre Kennzeichen sollen durch Gegenüberstellung von Annahme und Urteil herausgearbeitet werden. Der Annahme fehlt ein für das Urteil charakteristisches Merkmal thetischer Geltung, welches in der inneren Wahrnehmung als Evidenz aufgewiesen werden kann. Ein der Urteilsevidenz ähnliches Moment kommt aber doch auch für Annahmeakte in Frage. Verf.

Digitized by Google

sucht das Bestehen dieser unmittelbaren Annahmeevidenz auf indirektem und direktem Wege nachzuweisen. Indirekt, indem er Annahmeakte zergliedert, bei deren Vollzug sich das Bewußtsein der Gültigkeit des Gegenteils einstellt. Die „Unmöglichkeit" derartiger Annahmen kann, wie er nachweist, nicht allein in einem gegenteiligen evidenten Urteile liegen; man muß vielmehr eine unmittelbare Annahmeevidenz voraussetzen. Diese unmittelbare Evidenz ist auch direkt erfaßbar, und dies versucht Verf. aus Beispielen der Kunstbetrachtung herzuleiten. Die Annahmen der intellektuellen Phantasie nehmen eine Mittelstellung zwischen Vorstellung und Urteil ein. Verf. unterscheidet schattenhafte und urteilsartige Annahmen. Erstere erfassen einen Sachverhalt nur unbestimmt, nur hinsichtlich des bejahten oder verneinten Seins. Letztere vermögen bereits wesentliche Bestimmungen des Sachverhalts zu geben. Diesen Bestimmungen pflegt aber auf der subjektiven Seite Evidenz zu entsprechen; und somit kommt nur ihnen, den urteilsartigen Annahmen, Annahmeevidenz zu. Die scharfsinnige Arbeit ist eine Ergänzung zu Meinongs grundlegendem Werke über Annahmen. *Kronfeld* (Berlin).

Lipmann, Otto: Zur Theorie der „Begabten"-Auslese. Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. **31**, H. 5, S. 370—373. 1926.

Die „höhere" Schule ist keine höhere Schule in dem Sinne, daß sie eine höhere Intelligenz erfordere als die Volksschule; sie erfordert vielmehr eine andere Intelligenz. Das Spezifische dieser Intelligenzform gilt es zunächst zu erkennen und dann das Ausleseverfahren entsprechend zu gestalten. *Autoreferat.*

● **Lang, Emmy: Psychologische Massenprüfungen für Zwecke der Berufsberatung. — Rüssel, Arnulf: Die Eignungsprüfung als Erlebnis der Jugendlichen.** Dtsch. Psychol. Bd. **4**, H. 1, S. 1—68. 1925. RM. 2.30.

Die unter Leitung von Giese im psychotechnischen Laboratorium der technischen Hochschule Stuttgart entstandenen Arbeiten haben zum Ziel, die psychotechnischen Eignungsprüfungen zu vereinfachen und zu verbilligen. Die Untersucher sind sich darüber klar, daß man Seelisches nicht messen kann. Die Prüfung kann nur Verhaltensweisen hervorlocken und den Prüfling währenddessen aufs genaueste beobachten; sodann die Versuchsergebnisse mit dem beobachteten Verhalten vergleichen. Die Aufgaben nebst Instruktion werden vom Landes-Berufsamt Stuttgart genormt an die einzelnen Prüfungsstellen im Lande abgegeben. Es wird strenge Einhaltung aller Anweisungen verlangt. — Die Aufgaben sind sicherlich zweckmäßig zusammengestellt. Dem Ref. will scheinen, als ob bei der nachträglichen rechnerischen Auswertung doch das Messen und Rangieren wieder sehr stark in den Vordergrund tritt. Als interessante Ergänzung hat Rüssel 14 Tage nach der Prüfung durch den Lehrer das Aufsatzthema: „Die Eignungsprüfung" geben lassen, und festzustellen versucht, welche unter den Aufgaben den stärksten Eindruck machen. Bekanntheit mit der Aufgabe, Gelegenheit zu aktivem Mitarbeiten fördern das dauernde Interesse, abstrakte Formulierung hemmt es. Ob Freude und Interesse an der Tätigkeit, wie sie in den Aufsätzen behauptet wird, auch das Ergebnis günstig beeinflußt haben, ob eine richtige Selbstkritik vorliegt, wird nicht mitgeteilt. — Beklagt wird allgemein die zu kurze Zeit. *Eliasberg* (München).

● **Bogen, Hellmuth: Von der Schulbank in den Beruf. (Die Lebensschule. Hrsg. v. Franz Hilker. H. 16.)** Berlin: C. A. Schwetschke & Sohn 1925. 66 S. RM. 1.50.

In populärer, zum Teil etwas sentimentaler Form und in unnütz gesteigerter Ausdrucksweise bringt Bogen eine Reihe kleiner Schilderungen aus der Praxis der Berufsberatung. Für den Psychiater gibt die Schrift nichts Wesentliches, sie ist wohl für Lehrer, Fürsorgebeamte und dergl. gedacht. — Auch in solchen populären Schriften spukt jetzt oft ein Teil Freudscher, oft nur halb verstandener Gedankengänge. *Gruhle* (Heidelberg).

Löwenstein, Otto: Die Bedeutung der experimental-psychologischen Forschung für die klinische Psychiatrie. (*Prov. Heil- u. Pflegeanst., Bonn.*) **Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 76, H. 2, S. 241—260. 1925.**

Verf. betont gegenüber den „Grabreden" über die experimentell-psychologische Forschung in der Psychiatrie, daß das psychologische Experiment im engeren Sinne nichts als Verfeinerung und Zuspitzung des klinisch-symptomatologischen Experimentierens ist, das als selbstverständliches Hilfsmittel der klinischen Untersuchung gilt. Das Experiment müsse von Intuitionen geleitet sein, die aus der Beschäftigung mit den Problemen der Klinik hervorgehen. Die geringe Fruchtbarkeit der bisherigen experimentellen Untersuchungen erklärt Verf. dadurch, daß man sich vorwiegend mit den Elementarsymptomen beschäftigt und so an die eigentlichen klinischen Probleme nicht herankam. Verf. fordert, daß die experimentell-psychologische Untersuchung der Elementarsymptome, die schon Resultate künstlicher Zergliederung sind, durch eine experimentelle Analyse der lebendigen Reaktionsweisen abgelöst werde und ver-

Digitized by Google

anschaulicht diese an seinen eigenen Hysterieforschungen. Man wird diesen Bestrebungen nur beipflichten können. *Storch* (Tübingen).

● **Gemelli, Agostino: Sulla necessità di una selezione psicologica nel reclutamento dei militari.** (Über die Notwendigkeit einer psychologischen Auswahl bei der militärischen Rekrutierung.) Roma: Nuova Antologia 1925. 24 S.

Verf. fordert, daß die Rekruten bei der Assentierung nach den Methoden der Experimentalpsychologie geprüft werden, speziell zur Untersuchung ihrer Intelligenz nach den verschiedenen Testmethoden. Anfänge der Anwendung der psychotechnischen Untersuchungsmethoden wurden schon bei den Prüfungen betr. Eignung zum Fliegerdienste gemacht. Verf. erwähnt diesbezüglich italienische und nordamerikanische militärärztliche Erfahrungen und Untersuchungen. Die einschlägige Literatur ist sehr gründlich berücksichtigt. Mit Recht bemerkt auch Verf., daß ein wesentlich nur physiologisch „eingestellter" Arzt, der sich mit den Problemen der Experimentalpsychologie nicht vertraut gemacht hat, nicht geeignet sei für derlei Untersuchungen. Ref. hätte gegen die Anwendung dieser Intelligenztestproben zu Assentierungszwecken nur das einzuwenden, was auch in foro criminali nicht außer acht gelassen werden darf, daß die richtige Beantwortung von derlei Intelligenzfragen nicht nur von der intellektuellen Begabung, sondern auch vom guten Willen des Untersuchten abhängt. d. h. ob der Betreffende eben auch richtig antworten will. *Alexander Pilcz* (Wien).

Ševaleva, E.: Das kindliche Kollektiv im Lichte der kollektiven Reflexologie. Sovremennaja psichonevrologija Jg. 1, Nr. 6/7, S. 85—91. 1925. (Russisch.)

Das kollektive Experiment wurde folgenderweise durchgeführt: Kollektives Auswendiglernen und Reproduzieren eines Verses, kollektive Erzählung, Zeichnung, Handarbeit nach freigewähltem Thema, kollektives Ballspiel. Die Abhängigkeit der kindlichen kollektiven Aufführung von reflexologischen Grundgesetzen unterliegt nach dem Verf. keinem Zweifel. *Higier* (Warschau).

Miller, Margaret: Changes in the response to electric shock produced by varying muscular conditions. (Änderungen der Reaktion auf einen elektrischen Schlag, abhängig von verschiedenen Zuständen der Muskulatur.) (*Psychol. laborat., univ., Chicago.*) Journ. of exp. psychol. Bd. 9, Nr. 1, S. 26—44. 1926.

Den Versuchspersonen wurden leichte elektrische Schläge appliziert; sie wußten vorher, daß solche Schläge kommen werden, aber nicht den genauen Zeitpunkt. Die Vpn. befanden sich dabei entweder in einem „Normal"zustande oder im Zustande völliger Muskelentspannung. Dieser Zustand völliger Muskelentspannung ist ein künstlicher, den die Vpn. erst während einer längeren Übungsperiode erlernen mußten. In diesem Zustande sind die Bewegungen, welche die Vp. als Reaktion auf die elektrischen Schläge ausführt, kleiner, sie erfolgen langsamer, und die Reize werden weniger unangenehm empfunden; sehr oft bleiben in diesem Zustande die Reaktionen ganz aus. Das liegt nicht etwa daran, daß die Vpn. schliefen (der Zustand völliger Entspannung bewirkt nämlich leicht und häufig Einschlafen); denn diese Eigentümlichkeiten fanden sich auch, wenn man alle Fälle, in denen die Vp. möglicherweise schlief, außer Ansatz läßt. Aber für die Theorie des Schlafes ist es wichtig, daß das Verhalten der Vpn. im (Wach-) Zustand völliger Entspannung demjenigen Verhalten sehr ähnlich ist, wie im Schlafzustande auf äußere Reize reagiert wird. *Lipmann* (Neubabelsberg).

Pauli, R.: Eine Meßvorrichtung für psychische Zeiten. (*Psychol. Inst., Univ. München.*) Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 53, H. 4, S. 383—390. 1925.

Die neue Vorrichtung zur Messung psychischer Zeiten beruht auf einer besonderen Verwendung der Hundertstel-Sekundenstoppuhr; diese wird zwischen zwei Hebel gebracht, der eine von ihnen erfährt bei der Uhrauslösung einen Druck, der seinen freien Arm, den Reizträger, plötzlich hebt und so in Verbindung mit einer Spaltvorrichtung die Darbietung vermittelt, und zwar in dem Augenblick, in dem der Uhrzeiger in Gang gesetzt wird. Der zweite Hebel besteht in dem Reaktionstaster; er hebt, d. h. stoppt die Uhr durch den Druck, mit dem die Versuchsperson reagiert. *Storch* (Tübingen).

● **Meyer, Erich W. J.: Zum Sinn und Wesen der Geschlechter.** Bonn: Friedrich Cohen 1925. XI, 154 S. RM. 4.50.

Die Bearbeitung der Geschlechterfrage bietet die Gefahr, je nach dem Standpunkt des Bearbeiters eine „männliche" oder „weibliche" Ansicht zu äußern. Die Tatsächlichkeit zeigt kein männlich- oder weiblich-Absolutes. In der Biologie findet sich keine reine Männlichkeit

Digitized by Google

und Weiblichkeit. Die Geschlechtsdifferenzierung muß im Sinne einer Richtung verstanden werden, welche die Erscheinungsformen des Organischen gleichsam als Mischtypen determiniert. Die Entwicklungsbiologie zeigt das Weibliche als das Ursprüngliche, das Männliche als eine Art Weiterentwicklung. Ebenso finden sich im Psychischen keine reinen Typen, auch hier ist das Einzelwesen vom Männlichen oder Weiblichen her im Sinne einer Tendenz bestimmt. Der Stufenbau der Entwicklung im Psychischen verläuft vom Kind über das Weib zum Mann. Zeigt so die Empirie keine strenge Scheidung, so liegt der grundsätzliche Unterschied der Geschlechter im Wesenhaften, im Metaphysischen. Hier stehen sich beide Prinzipien gegensätzlich gegenüber. Dem Männlichen steht der Vorrang zu. Grundlegend sind beide Geschlechter in dieser Sphäre durch die Verwurzelung des Mannes im Kosmos, des Weibes im Erdhaften geschieden. Innerhalb des Weiblichen finden sich verschiedene Wirklichkeitstypen, deren oberster die Mutter ist. So sind die Geschlechter der Ausdruck des kosmischen Dualismus, der durch den Eros überbrückt wird. *Kronfeld* (Berlin).

Timerding, H. E.: Das Problem der ledigen Frau. Abh. a. d. Geb. d. Sexualforsch. Bd. 4, H. 4, S. 1—44. 1925.

Physiologische Bedingtheiten weisen der Frau den natürlichen Beruf zu, Ehefrau und Mutter zu sein. Die ledige Frau, die nicht zum Gemeinschaftsleben mit dem Manne gelangt, ist gezwungen, unter erschwerten wirtschaftlichen und seelischen Daseinsbedingungen zu leben. Wirtschaftlich kann sie sich nicht durchsetzen wie ein Mann, da ihrer Berufstätigkeit schon hinsichtlich späterer Ehemöglichkeiten immer etwas Vorläufiges anhaftet, und ihre Stellung von körperlichen Vorzügen mitbestimmt zu werden pflegt, die gerade den ledigen Frauen oftmals mangeln. Seelische Schwierigkeiten erwachsen aus den Schranken, die die Gesellschaft der freien Lebensgestaltung alleinstehender Frauen aufzulegen gewöhnt ist. Nur eine Minderzahl findet ihre wahre Bestimmung im Beruf. Verf. schlägt Abhilfe durch erleichterte Eheschließung und durch Verbesserung der gegebenen Lage vor. Es sei anzustreben, daß das Eheschließungsalter des Mannes durchschnittlich herabgesetzt werde. Die Scheidungsbedingungen der Gesetzgebung seien zu revidieren, die Furcht vor dem Kinde durch Fürsorgemaßnahmen zu verringern. Unter Umständen sei Heiratszwang gegenüber dem Vater eines unehelichen Kindes gesetzlich auszuüben. Will man die Lage der ledigen Frau auch seelisch bessern, so muß mit vielen Vorurteilen aufgeräumt werden, und nur der volle Anteil am öffentlichen und privaten Leben kann sie von den Spannungen der gesellschaftlichen und erotischen Einsamkeit etwas entlasten. *Kronfeld* (Berlin).

Friedmann, Alice: Anfänge und Entwicklung des männlichen Protests. Internat. Zeitschr. f. Individualpsychol. Jg. 3, Nr. 6, S. 290—298. 1925.

Verf. stellt an 4 Fällen die sinnvoll-tendenziöse Entwicklung von Mädchencharakteren ins Neurotische dar, die eben so vielen Formen des „männlichen Protestes" entspreche. Ihre Konzeptionen haben vor denjenigen der Freudschule zum mindesten die größere Evidenz, die „einfühlungsmäßige „Verständlichkeit" im Sinne von Jaspers voraus. Eines der Mädchen protestiert gegen die ihm aufgedrungene Rolle in einem Racheakt: „wie einer aus Angst vor dem Tode Selbstmord begeht, so stürzte sie sich in die Erotik aus Angst vor ihrer weiblichen Rolle. Sie entwertete den Mann, wie der Vater die Frau (männliche Linie) . . . der Sinn dieser Exzesse war letzten Endes ein Notschrei. . ." Ein anderes Mädchen gelangt von der Schüchternheit zu intrigantem und hochmütigem Wesen und stellt auch ihre somatischen Störungen in den Dienst ihres männlichen Protestes. Fesselnd und für den Fortschritt Adlers über Freud bezeichnend sind folgende allgemeine Ergebnisse: Durch jede Schwierigkeit in der Entwicklung wird der Konflikt mit der Geschlechtsrolle verschärft. Denn die Beziehungen des Kulturlebens, der Familie und unseres Körpers zur Erotik sind so mannigfach und leicht herstellbar, daß Schwierigkeiten fast stets mit Angst vor dem Geschlechtlichen einhergehen werden. Insbesondere können bei neurotischen Kindern im Entwicklungsalter andere Funktionen des Körpers zu Bildern der Geschlechtsfunktion werden. Und wenn diese in eine Beziehung zum Ekelgefühl gebracht werden, so ist eine Ablehnung der Geschlechtsrolle der führende Impuls. Das Training des Ekels nimmt die Verdauung oder Exkretion zu Hilfe, aber es weist dabei doch immer auf den Mitmenschen hin, insbesondere auf den Geschlechtspartner; es ist ein Bruch des Gemeinschaftsgefühls. Ekel ist in Motivierung und Durchführung mit Angst nahe verwandt. Da die Fernhaltung vom Leben das Ziel des Ekels ist, so liegt auch die Ablehnung von Arbeit und Geselligkeit in ihm. Der Mutlose benutzt das Ekelgefühl zur Ent-

Digitized by Google

wertung des ganzen Lebens. Er befreit sich von der Leistung, die er sich nicht zutraut, und erzeugt den Ekel durch bestimmte Vorstellungen, denen er gewisse körperliche Mechanismen assoziiert hat. Jene Vorstellungen enthalten das Minderwertigkeitsgefühl; sie können daher leicht geschlechtlicher Natur sein. Die körperlichen Mechanismen, die im Dienste des Minderwertigkeitsgefühls stehen, schließen am leichtesten an Organminderwertigkeiten an. Eine fehlerhafte Reinlichkeitserziehung in der Kindheit, die das Schamgefühl betont oder verletzt hat, kann die Heranziehung der Verdauungs- und Exkretionsorgane zu Ekel- und Abwehrleistungen unterstützen. Während die Erregung des Ekels auf dem Minderwertigkeitsgefühl aufbaut, wendet sich die Ekelhandlung gegen die Mitmenschen. In der Beschmutzung der Umgebung liegt die Kompensation des Minderwertigkeitsgefühls. Daher enthält die Ekelhandlung eine Art Befriedigung nicht nur physischer, sondern auch psychischer Natur. Es kann leicht sein, daß dabei in erotisierten Individuen sexuelle Gefühle miterregt werden. Jedenfalls enthält sie eine plötzliche Erledigung eines Rachegefühls. Daher tritt oft unmittelbar danach eine Erleichterung und ausgeglichenere Stimmung auf. — Wesentlich ist an solchen Gedankengängen, wie sie die Freudschen Dogmen von der psychischen Bisexualität aller Menschen, von der verdrängten oralen Libido usw. vermeiden und an die Stelle der kausalmechanischen Libidoschematik eine „verstehende", sinnvolle Deutung der Phänomene an der erlebenden Einstellung des Ichs zu sich selber einsetzen. *Kronfeld* (Berlin).

Klages, Ludwig: Über den Quell der unmittelbaren Neigungsgefühle. Zeitschr. f. Menschenkunde Jg. 1, H. 5, S. 41—45. 1926.

Wir reagieren unmittelbar auf die Gegenwart eines Mitmenschen, wir werden durch sie unwissentlich umgewandelt. Mit unmittelbaren Neigungsgefühlen beantworten wir nicht das Erleben der Größe eines anderen, sondern daß wir durch ihn größer werden. *Kronfeld* (Berlin).

● **Handwörterbuch der Sexualwissenschaft. Enzyklopädie der natur- und kulturwissenschaftlichen Sexualkunde des Menschen. Hrsg. v. Max Marcuse. 2. stark verm. Aufl. Liefg. 5—10. Jungfernschaft. — Zuhälter.** Bonn: A. Marcus & E. Weber 1925. S. XII, 321—822. Pro Liefg. 5—9 RM. 3.50, Liefg. 10 RM. 5.—.

Die 2. Auflage des verdienstvollen Werkes zeichnet sich auch in den hier vorliegenden, abschließenden Lieferungen durch vielseitigen Ausbau des Inhaltes und sachlich eindringende, von aller Sensationswirkung freie wissenschaftliche Darstellung aus. Jedes der mannigfachen Stoffgebiete findet Bearbeitungen von gutem, z. T. von hohem Niveau; und in fast allen Punkten wird der gegenwärtige Stand des Wissens und Forschens einwandfrei bezeichnet, wenngleich einzelne Darstellungen nicht ohne eine gewisse Kritik aufzunehmen sind — etwa diejenigen von Knud Sand über Keimdrüsenüberpflanzung oder die anregenden Studien von Müller-Freienfels über die sexuellen Beziehungen der Kunst und über die Liebe. Die erotische Soziologie ist von L. v. Wiese und von Elster bearbeitet. Bieber gibt unter dem Stichwort Literatur einen etwas wahllosen Sammelbericht. Die Ausführungen Elsters über Musik und Sexualität sind wohl ebenfalls nicht von letzter Vertiefung, aber scharf systematisiert. Die Prostitution wird von Sudhoff und Mittermaier behandelt. Psychologische und psychopathologische Darstellungen geben Freud (Psychoanalyse), Birnbaum (Sexualität und Psychosen), Kronfeld (Perversionen und Neurosen). Besonders wertvoll sind die Arbeiten von Marcuse, Giese und Reitzenstein über die Pubertätsprobleme. Potenz und Potenzstörungen behandelt Fürbringer. Die biologischen Themen liegen in den Händen autoritärer Darsteller: Posner, Marcuse, Hofstaetter, Siemens u. a. liefern wertvolle Beiträge. Zwischen diesen größeren Abhandlungen ist eine Fülle kulturhistorischer und ethnologischer kleinerer Mitteilungen verstreut; das Ganze ist lexikographisch geordnet. Das Werk hat in seiner 2. Auflage nicht nur an Umfang, sondern auch an Wert erheblich gewonnen.

Kronfeld (Berlin).

Digitized by Google

● **Barthel, Ernst: Philosophie des Eros.** München: Ernst Reinhardt 1926. 197 S. RM. 4.—.

Das Erotische besitzt neben der natürlichen Funktion noch eine kulturelle. Jede dieser zwei Funktionen zerfällt wieder in zwei Anteile: die natürliche in einen physischen und einen psychischen — Sexualität und Liebe; die kulturelle in einen soziologischen, die Ehe, und einen biologischen, die Fortpflanzung. Diese vier Wurzeln der Erotik können im Menschen miteinander kontrastieren und Probleme schaffen. Sie prinzipiell in ihrer Autonomie zu erfassen, ist Aufgabe einer Philosophie des Eros. Diese sucht Verf. — in nicht sehr klarer Weise — zu geben. Natürlich hat die Liebe den Primat gegenüber den anderen „Wurzeln"; er folgt aus ihrem metaphysischen Wert. Die Sexualität ist wesensmäßig von der Liebe verschieden, keine der beiden erwächst aus der anderen. Verf. lehnt aber auch ab, das Sexuelle aus der Fortpflanzung herzuleiten. Auch die Sexualität ist ein autonomes Prinzip mystischer Herkunft.

Kronfeld (Berlin).

Hadfield, J. A.: The conception of sexuality (I). (Der Begriff der Sexualität.) Brit. journ. of med. psychol. Bd. 5, Nr. 3, S. 161—174. 1925.

Glover, James: The conception of sexuality (II). Brit. journ. of med. psychol. Bd. 5, Nr. 3, S. 175—188. 1925.

Shand, Alexander F.: The conception of sexuality (III). Brit. journ. of med. psychol. Bd. 5, Nr. 3, S. 189—195. 1925.

Glover: The conception of sexuality (IV). Brit. journ. of med. psychol. Bd. 5, Nr. 3, S. 196—207. 1925.

Hadfield: The conception of sexuality (V). Brit. journ. of med. psychol. Bd. 5, Nr. 3, S. 208—211. 1925.

In der medizinschen Sektion der Britischen Gesellschaft für Psychologie fand (am 25. III. 1925) eine Aussprache über den Begriff Sexualität statt, deren Redner hier ihre Ausführungen schriftlich niederlegen. Für uns bringt keiner ihrer Gedankengänge im mindesten etwas Neues; im Gegenteil bleibt diese Diskussion recht weit hinter unseren Auffassungen und Fragestellungen zurück; es ist bedauerlich, daß die Redner außer Freud unsere Literatur einfach nicht kennen. Hadfield definiert Sexualität durch die Triebgruppe, deren „natürliches Ziel" die Fortpflanzung ist. Da er jede genitale Erregung, auch die Perversionen, notgedrungen zur Sexualität rechnen muß, kann er seiner eigenen Definition nur dialektisch-künstlich gerecht werden und man versteht alsdann nicht, warum er eine ähnlich gerichtete Dialektik, nämlich diejenige Freuds, nicht auch für die prägenitalen Libidoäußerungen der Kindheit gelten läßt, und mit Leidenschaft dahin strebt, den Terminus „Libido" durch „Sexualität" zu ersetzen. Glover vertritt ihm gegenüber den strikten Freudianismus: nicht auf teleologische und deskriptive Abgrenzungen, sondern auf genetische komme es an. Shand möchte sich Gs. Kriterium der Abgrenzung anschließen, hält aber alle Verallgemeinerungen prägenitaler somatischer Lustzustände als „libidinös" für falsch. In jedem Einzelfalle müsse seitens der Psychoanalytiker der Nachweis geführt werden, daß aus solchen Lustregungen später Sexuelles geworden sei; sonst handele es sich eben um Funktionslust, die sich dem genetischen Kriterium nicht füge. G. versucht nochmals, diese ihm aufgebürdete Beweislast generell zu tragen, und H. hält seine biologisch-teleologische Auffassung aufrecht. *Kronfeld* (Berlin).

Bunnemann, Otto: Über das Versehen der Schwangeren vom Standpunkte einer monistischen Biologie. Zeitschr. f. Sexualwiss. Bd. 12, H. 10, S. 297—304. 1926.

Gewiß beweisen die Erfahrungen an Salamandern (und anderen Tieren), daß Seheindrücke auf die Oberflächenfarbe der Nachkommen von Einfluß sein können. Daß etwas Derartiges deshalb auch beim Menschen nicht a priori als unmöglich abgelehnt werden darf, wird man auch zugeben. Daß deswegen der Volksaberglaube über das „Versehen der Schwangeren" für möglich gehalten werden müsse, ist doch aber eine ganz unlogische Schlußfolgerung.

Forster (Greifswald).

Neumann, Johannes: Grundlegung einer individualpsychologischen Soziologie. Internat. Zeitschr. f. Individualpsychol. Jg. 3, Nr. 5, S. 228—242. 1925.

Verf., ein Student der Theologie, der mancherlei gelesen zu haben scheint, glaubt auf wenigen Seiten eine Grundlegung einer individualpsychologischen Soziologie geben zu können. Er ist von den Grundsätzen der Lehre Alfred Adlers ganz durchdrungen, aus jeder Zeile

Digitized by Google

spricht noch die ungetrübte Freude darüber, wie leicht sich mit den Zauberworten der Sicherungstendenz des Minderwertigkeitsgefühles, des Machtstrebens fast alle Probleme anscheinend lösen lassen. Wie sehr der Verf. die Reichweite der Individualpsychologie überschätzt, spricht er gleich in dem ersten Absatz aus, wenn er behauptet, daß sie Anspruch darauf erhebt, „den Unterbau und die Grundlage, d. h. die Erkenntnistheorie aller Wissenschaften zu geben". Das hindert ihn nicht, drei Seiten später das Folgende zu sagen: „Hat auch Alfred Adler die Ergebnisse der Individualpsychologie empirisch gewonnen und bewähren sich jedem Individualpsychologen seine Lehren im täglichen Leben als zu Recht bestehend, so wäre aber die Fundierung einer Wissenschaft, auf dem Boden der Individualpsychologie so angelegt, mit Recht dogmatisch gefährdet, weil deduktiv abgeleitet und darum nicht von zwingender Beweiskraft. Es erscheint darum angebracht von den Grundanschauungen anderer Soziologen auszugehen und diese kritisch zu untersuchen." Das Resultat seiner Untersuchungen hat der Verf. selbst zusammengefaßt. „Ausgehend von einer Phänomenologie des Lebens ergibt sich so als Grundbegriff einer individualpsychologischen Soziologie die Sicherung als Grundkategorie mit den beiden Polen der Unsicherheit und Sicherheit. 1. Aufbauend auf einer formalen, weil rein empirisch weltanschauungsfreien Soziologie, erhebt sich 2. das Gebäude einer geschichtsphilosophisch-enzyklopädischen Soziologie mit einer historischen materialen zu einer geschichtsphilosophischen mit der Krönung durch eine philosophische, universalistisch, ethisch fundierte Systematik der individualpsychologischen Soziologie. Als Begriffsbestimmung für die Soziologie gewinnen wir auf dem Boden der Individualpsychologie somit: Die Soziologie ist die Wissenschaft von Formen und Wesen der Sicherungsarten des Lebens." Es ist gewiß unberechtigt, dem Haupt einer Schule die Verantwortung für alle Arbeiten seiner Schüler zuzuschieben. Diese Arbeit zeigt aber doch deutlich, wie bedenklich die in der Individualpsychologie mehr und mehr aufkommende Tendenz ist, eine in einem genau bestimmbaren Bereich zulässige Lehre zu einer universellen Theorie zu erheben. Die Gefahr wie auch die werbende Kraft dieser Lehre beruht auf solcher schablonenhaften Anwendung, durch die sie zu erleuchten scheint, wo sie gerade für die Fülle und den Ernst der Probleme blind macht.

Straus (Berlin-Charlottenburg).

Rogge, Heinrich: Psychopolitik und Führerproblem. Zeitschr. f. Menschenkunde Jg. 1, H. 3, S. 18—24. 1925.

Kurze aphoristische Betrachtungen über einzelne Fragen des Zusammenhanges von Politik und Psychologie, die sich einer Wiedergabe im Referat entziehen. *Erwin Straus.*

Schmalhausen, Samuel D.: Psychoanalytic studies. (Psychoanalytische Studien.) Psychoanalytic review Bd. 12, Nr. 3, S. 295—315. 1925.

„Psychoanalytische" Randbemerkungen über Nationalismus, Krieg, modernen Sensationismus usw. — eher literarisch als wissenschaftlich belangvoll. Ihr allgemeines Thema ist: Zwei „Instinkte" liegen im Kampf; hier Selbsterhaltung, Fortpflanzung, Lebenswille — dort Eitelkeit und Neugier. So werden Freuds „Lebenstriebe" und „Todestriebe" amerikanisch verstofflicht. Überwiegen der Lebenstriebe führt zu monotonem, vegetativem Dasein; Überwiegen von Neugier und Eitelkeit führt in Gefahr und Tod. Die Parerga des Verf. sollen dartun, daß „das Leben noch nicht über den Tod triumphiert hat" und daß der Krieg für eine rationalisierende Psychologie nicht erklärbar ist. *Kronfeld* (Berlin).

Ellis, Havelock: The synthesis of dreams: A study of a series of one hundred dreams. (Die Traumsynthese: Studie einer Reihe von 100 Träumen.) Psychoanalytic review Bd. 12, Nr. 3, S. 251—294, Nr. 4, S. 429—459. 1925 u. Bd. 13, Nr. 1, S. 38—63. 1926.

Verf. setzt neben die Freudsche Traumanalyse die „Traumsynthese". Wenn erstere der Geologie gleicht, in dem Aufdecken tieferer Schichten des Seelischen, so gleicht letztere der Geographie: sie beschreibt den ganzen Bereich der Träume eines Individuums, setzt dasselbe gleichsam aus seinen Träumen zusammen. So verfährt Verf., indem er mit großer Breite über 100 Träume einer Frau aneinderreiht, ohne Deutung, nur um ein Bild ihrer Traumtypik und der in ihr sich auswirkenden Phänomene und Funktionen zu geben. Das so gewonnene Material wird aber psychologisch überhaupt nicht ausgewertet. *Kronfeld* (Berlin).

Müller-Braunschweig, Carl: Beiträge zur Metapsychologie. Über Desexualisierung und Identifizierung. Über Verliebtheit, Hypnose und Schlaf. Über den Begriff der Richtung. Imago Bd. 12, H. 1, S. 1—22. 1926.

An den Identifizierungsbegriff werden theoretische Erwägungen verschiedener Art angeknüpft, denen folgende gemeinsame Substruktion zugrundeliegt: durch

Digitized by Google

Identifizierung bindet das Ich die sexuelle Objektlibido an die (hierbei entstehende) Ichveränderung; die sexuelle Objektlibido wird narzistische, desexualisierte, sublimierte. Auch autoerotische Libido muß sich so desexualisieren lassen. Autoerotismus und Narzismus sind zu unterscheiden. Von letzterem kann man erst sprechen, wenn ein Ich da oder im Entstehen ist. Vorher gibt es nur die diffuse autoerotische Libido, die von einzelnen Zonen und Organen ausgeht. Dann findet ein fortschreitendes Sich-Identifizieren-Lernen mit den — vorher noch nicht zu einem einheitlichen Ich gerechneten — Zonen, Organen und Erregungsvorgängen statt. Ichentwicklung, Identifizierungsmechanismen, narzistischer Ausbau sind erblich präformiert, gehören zu einem biologisch vorgezeichneten Komplex. *Kronfeld* (Berlin).

Fenichel, Otto: Zur Klinik des Strafbedürfnisses. Internat. Zeitschr. f. Psychoanalyse Bd. **11**, H. 4, S. 469—487. 1925.

Zur Klinik des Strafbedürfnisses bringt Fenichel die Analyse zweier Fälle, in deren Krankheitsbild das Schuldgefühl eine überragende Rolle spielt. Bei dem 1. Fall wirkte pathogen die Introjektion der Mutter 1. ins Ich: sie ist Trägerin der Homosexualität, die paranoid abgewehrt wird; 2. ins Überich: der Patient hat alle Verbote der Mutter akzeptiert und verschafft ihnen durch Selbstbestrafungen — den körperlichen Züchtigungen von seiten der Mutter entsprechend — Geltung. Der 2. Fall bietet deutlicher das Bild des moralischen Masochismus als Wirkung eines väterlichen Überichs. Die Gewissensqualen des Patienten sind unbewußt und erweisen sich in der Analyse als passiv-homosexuelle Triebbefriedigung. Das Schuldgefühl ist dem der Mutter ungetreuen Vater entlehnt. *M. Grünthal* (Berlin).

Lampl, Hans: Ein Fall von entlehntem Schuldgefühl. Internat. Zeitschr. f. Psychoanalyse Bd. **11**, H. 4, S. 457—469. 1925.

In der Analyse eines Künstlers, die ihn von seinen Symptomen völlig befreite, deckt Lampl auf, wie der Patient nach ursprünglicher Identifizierung mit dem der Mutter ungetreuen Vater das Schuldgefühl des Vaters erwirbt und mit diesem entlehnten Schuldgefühl das primäre aus dem Mutterinzest überlagert. Von da an ist sein Leben durch ein starkes Schuldgefühl beherrscht und scheint nur bestimmt, die Schuld des Vaters zu sühnen. *M. Grünthal.*

Weiss, Edoardo: Über eine noch nicht beschriebene Phase der Entwicklung zur heterosexuellen Liebe. Internat. Zeitschr. f. Psychoanalyse Bd. **11**, H. 4, S. 429 bis 443. 1925.

Beim Heterosexuellen ist eine rein narzißtische Objektwahl ebenso selten, wie in der Vorpubertätszeit eine solche rein nach dem Anlehnungstyp. Verf. analysiert Fälle, bei denen das wesentliche ist, daß sie einen femininen Einschlag haben und sich selber mit ihren Feminismen in ihrem Liebesobjekt wiederfinden wollen. Die Feminismen sind Fixierungen der Mutterimago, die das Ich passiert, und zwar durch Identifizierung; hierbei gibt es eine introjektive — das Ich dem Objekt angleichende, und eine projektive — das Objekt dem Ich angleichende — Identifizierung. Das alles sind Spekulationen, die fast durchweg schon von anderer Seite vorgebracht wurden und auf deren Belege wir warten. Mit deren Akribie aber sieht es so aus: „Nach der ersten (sic!) psychoanalytischen Stunde gab der Kranke auf die Worte des Arztes: „Sie werden mir morgen weiter erzählen", zur Antwort, er komme sich vor wie die Scheherazade aus 1001 Nacht. Für den Psychoanalytiker dürfte diese Äußerung wohl genügen (sic!), um auf eine starke feminine Einstellung des Patienten zum Vater zu schließen". Gerade das haben wir Kritiker den Psychoanalytikern ja immer vorgehalten! *Kronfeld* (Berlin).

Bjerre, Poul: Die Schlafstörung vom psychosynthetischen Gesichtspunkte. Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychanalyse Bd. **2**, S. 196—210. 1926.

Verf. gibt eine Reihe feinsinniger Bemerkungen zur Psychologie des Einschlafens und seiner Störungen, die im einzelnen nicht wiedergegeben werden können; es sei auf das Original verwiesen. Den affektiven Störungsquellen kommt eine weit größere Bedeutung zu als sowohl dem Schmerz als auch der intellektuellen „Überarbeitung". Unter den affektiven Störungen trennt er die habituell-autosuggestiven von den durch Konflikte gesetzten. Die psychologische Trennung von Wachsein und Schlafen bedeutet eine solche von intellektueller Einstellung und Symbolfunktionen.

Kronfeld (Berlin).

Schneider, Carl: Zur Methodik der psychopathologischen Analyse organischer Syndrome. (*Landesanst. Arnsdorf in Sachsen.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **76**, H. 2, S. 271—298. 1925.

Eine programmatische, methodische Studie zur psychologischen Analysierung des Wesens, des Kernsyndroms, organischer Prozesse, schwierig zu lesen und zu kurzem Referat nicht

Digitized by Google

geeignet. Gute Beobachtungen über die Erlebnisweisen vorm Einschlafen und beim Erwachen, sowie beim Eingenommensein. *G. Ewald* (Erlangen).

Dexler, H.: Die prinzipielle Lage in der Tierpsychologie. (*Tierärztl. Inst., dtsch. Univ. Prag.*) Psychol. Forsch. Bd. 7, H. 3, S. 194—225. 1926.

Wenn es in dem vielgliedrigen Anschauungsstreit der heutigen Tierpsychologie eine Fassung geben kann, die wenigstens einen großen Teil der Stimmen für sich beanspruchen darf, so ist sie in den Sätzen enthalten: Für die objektive Naturbetrachtung steht uns bloß das unmittelbar wahrnehmbare Verhalten der Tiere als Ganzheit mit seiner gleichmäßigen Mannigfaltigkeit innerhalb des Rahmens artmöglicher Verrichtungen und deren Dressuraufpfropfungen zur Verfügung, mit sehr zurückhaltenden und kritischen Interpretationen. Der Schlußsatz ist der angreifbarste; nicht in dem Sinne, daß er durch die extrem mechanistische Voreingenommenheit bedroht wäre; das dürfte heute unmöglich sein; wohl aber gibt er einen steten Anlaß zu nichtssagenden Übertreibungen; trotz unausgesetzter Warnungen vor dieser unerschöpflichen Irrtumsquelle von seiten der exakten Biologie und der Physiologie, wird immer wieder versucht, die Grenzen analogisierender Schlüsse zu dehnen; unseren, dagegen gerichteten Zweifeln werden immer wieder Erlaubnisse und Kompromisse entgegengestellt, die uns bei mangelnder Wachsamkeit unfehlbar in die Vergleichsschleuderungen scheinbar überwundener Zeiten zurückversetzen: bereits hören wir wieder vom Lachen der Papageien, und prächtige Intelligenzleistungen wilder Tiere werden uns wieder nach der alten Weise von Hachet-Souplet aufgedrängt. Eine wirksame Abwehr gegen den uns so sehr beherrschenden Drang nach Psychologisierung des tierischen Gebarens liegt allem Anscheine nach in der Analyse der tierischen Lebensäußerungen auf Grund der Strukturgesetzlichkeit der Gestaltpsychologie. Nach der festen Überzeugung des Ref. müssen wir uns die Satzungen dieser Lehre unbedingt zu eigen machen, wenn wir der Hoffnung auf eine gedeihliche Entwicklung einer wissenschaftlichen Tierpsychologie nicht entraten wollen. Wir gelangen hierdurch zu einem scharf umrissenen Wissensgebiet, dessen Kern das Studium des Verhältnisses zwischen Umweltsituation und den Ganzheitsreaktionen des Organismus darstellt. In diesen Bezügen erfaßt diese Lehre die Geschehensabläufe als gestaltlich in sich geschlossene Ganzheitsprozesse, oder übersummative Strukturen; sie befreit uns sowohl von den zu engen Banden der extremen Mechanistik wie auch von vitalistischen Scheinproblemen und metaphysischen Weiterungen mangelnder Greifbarkeit. Primitive Reaktionen, Reflexe, Instinkte, Dressuren und elementare Leistungen einer reaktiven Intelligenz werden innerhalb des Rahmens des Energiegesetzes auf eine gemeinsame Formel gebracht. Haben wir einmal deren Sinn erfaßt, so sind wir des mißlichen Schließens aus der Dürftigkeit somatischer Befunde auf heterogene, nur gekoppelte Glieder der phänomenalen Geschehensreihe überhoben. Um diesen neuen Weg mit Erfolg zu beschreiten, bedarf es freilich einer sich oft spröde erweisenden Anpassung an die in der Gestaltpsychologie gelegene neue Denkart. *Autoreferat.*

Agar, W. E.: Trial and error and intelligence in the behaviour of certain arthropods. (Versuch und Irrtum in Beziehung zur Intelligenz im Gebaren gewisser Gliedertiere.) (*Dep. of zool., univ., Melbourne.*) Austral. journ. of exp. biol. a. med. science Bd. 2, Nr. 3, S. 151—155. 1925.

In den Stammteil eines Y-förmigen Aufenthaltsgefäßes wurden Daphnien, Wasserspinnen und eine kleine Süßwasserkrebsart (Parachaeraps) eingesetzt und daraus durch Kohlensäurezusatz, Senken des Wasserspiegels usw. nach den beiden Schenkeln des Apparates getrieben. Der eine derselben führt ins freie Wasser, während der andere blind endete oder durch elektrische Schläge verwehrt war. — Die Süßwasserkrebse lernten sehr bald den falschen Weg vermeiden, was die Hydrachniden und Daphnien auch nach sehr oft wiederholten Versuchen nicht zu leisten vermochten. — Setzt man mit Autor die mechanische, assoziative Lernfunktion der Intelligenz gleich, so kann man das Ergebnis dieser Versuche in die Worte kleiden, daß intelligentes Verhalten im Bereiche der Arthropoden und speziell auch in dem der Kruster in weitem Maße variieren kann. *Dexler* (Prag).

Digitized by Google

Haberland, H. F. O.: Die „sogenannte Tierhypnose" im Dienste der experimentellen Chirurgie. (*Chir. Klin., Univ. Köln.*) Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **135**, H. 2, S. 370 bis 377. 1925.

Verf. bringt technische Einzelheiten zur tierischen „Hypnose", die er fast immer als einen tonisch gewordenen Lagekorrektionsreflex, ausgelöst durch abnorme Körperlage, auffaßt. Psychische Faktoren, auch Angst, spielen keine Rolle (?). Er widerrät die vielfache Anweisung zu „festen Griffen", mit denen man das Tier in seine Lage bringen solle: der Trick bestehe lediglich in dem behutsamen Loslassen des Tieres. Den Tonus fand er nicht immer verändert. Die Ausnützung der tierischen „Hypnose" für die tierexperimentelle Chirurgie und Physiologie empfehle sich, da z. B. bei der Narkose das Excitationsstadium ausbleibe. *Kronfeld* (Berlin).

● **Schröder, Christoph: Grundversuche auf dem Gebiete der psychischen Grenzwissenschaften. (Veröff. d. „Dtsch. Ges. f. wiss. Okkultismus", H. 1.)** Berlin: Pyramidenverl. Schwarz & Co. 1924. 66 S. RM. 1.60.

In den beschriebenen Versuchen wurde Sensitiven suggeriert, daß sich auf einer leeren Karte ein Bild oder dgl. befinde (mit mehrfachen Variationen); sie hatten die Aufgabe, die betreffende Karte unter mehreren ganz gleichartigen herauszufinden. Die Ergebnisse waren weit über die Wahrscheinlichkeit positiv. — Die Versuchsanordnung wird immerfort abgeändert und verbessert. Das ist auch nötig. Zuerst ist die Möglichkeit des Wiedererkennens der betreffenden Karte an kleinsten Merkmalen auf Grund einer Hyperästhesie der Sinnesorgane nicht berücksichtigt. Das geschieht dann durch selbstverständliche Maßnahmen, wie Verdunkelung des Zimmers, die Verf. sich drolliger Weise als Originalleistungen zuschreibt. Dann fällt ihm erst S. 39 ein, daß es auch unwillkürliche Signale gibt, daß also ein Anwesender, der die Lage der gesuchten Karte kennt, durch unbewußte Reaktionsbewegungen dem Sensitiven Hinweise geben kann. Das hätte der Verf. vorher wissen können, denn der Ausschluß dieser Fehlerquelle gehört zum Abc jeder okkulten Versuchstechnik. Es mag sein, daß die Sensitiven wirklich okkulte Fähigkeiten besaßen, aber so dilletantisch unternommenen Versuchen kann man keinerlei Beweiskraft zuschreiben. Das um so weniger, wenn man weiß, daß der Verf. seine wissenschaftliche Unzuverlässigkeit an anderen Stellen an den Tag gelegt hat. Da es sich hierbei um ein physikalisches Medium, Frau Vollrath handelt, über die ich in dieser Zeitschrift nicht ungünstig referierte, bin ich verpflichtet, mitzuteilen, daß ich inzwischen recht verdächtige Dinge bei ihr beobachtete. Frau V. zeichnet sich durch häufige Apporte im Hellen aus, die aber — was auch anderen auffiel — nur dann eintreten, wenn alle Anwesenden abgelenkt sind und niemand ihre Hände kontrolliert. Bei der letzten Zusammenkunft in der Wohnung des Mediums bemerkte ich nun zuerst, rechts neben dem Medium sitzend, als gerade die mediale Kraft an meinem Stuhl geruckt hatte, wie sich die Muskeln in ihrem rechten Oberschenkel noch bewegten, als wenn sie den Fuß von meinem Stuhlbein zurückzöge. — Fuß und Stuhlbein standen unter dem Tisch. Einige Zeit später blickten alle nach einem ihr diagonal gegenüber stehenden Buffett, so daß sie ganz unbeobachtet schien, da sah ich im seitlichen Gesichtsfeld, in dessen Verwendung ich durch experimental-psychologische Untersuchungen geübt bin, wie sie sich rasch im Stuhl nach vorn neigte, die rechte Hand hinter ihren Rücken ging und wieder zurückkam, wobei sie sich wieder anlehnte: im selben Augenblick fiel links vor und neben ihr ein Stein, der sich als lauwarm erwies. Sie hatte ihn offensichtlich mit der rechten Hand von hinten im Bogen über ihre linke Schulter geworfen, die Zeitspanne zwischen der Bewegung und dem Auffallen entsprach dem genau. Ich habe mich dann durch eingehende Versuche davon überzeugt, daß man auf diese mir bis dahin ganz unbekannte Weise recht gut solche rätselhaften Würfe hervorbringen kann, ohne daß es jemand merkt. Ich teilte meine Beobachtung dem anwesenden Gymnasialprofessor Schröder mit und später einigen Herren der Berliner okkulten Gesellschaft, allen unter dem Siegel der Verschwiegenheit, damit das Medium nichts davon erfahre und eine Nachprüfung möglich sei. Schr. aber, obwohl er noch dazu ehrenwörtlich zum Schweigen verpflichtet war, sagte es dem Medium; er warnte es also und machte eine Nachprüfung absichtlich unmöglich. Meine Beobachtung erfuhr übrigens eine gewisse Bestätigung, denn in den nächsten Tagen bekam Frau V. im Kreise ihrer Angehörigen einen hysterischen Zustand, dabei flog ein Stein und ein zweiter wurde in ihrer Hand vorgefunden. Obwohl ich nichts veröffentlicht hatte, eben im Interesse einer Nachuntersuchung, griff mich Schr. mit heftigen persönlichen Verunglimpfungen (zugleich mit Dessoir, Sommer, Marbe u. a.) in den Psychischen Studien an. Als ich eine Antwort darauf in Aussicht stellte, versuchte der Herausgeber Dr. Sünner zuerst mit der Drohung einer Beleidigungsklage seitens des Mediums mich davon abzuschrecken, und als ich natürlich darauf bestand, schrieb er mir einen Brief, wie ich ihn in dieser Tonart unter Gebildeten überhaupt noch nicht erlebte: „Ich müsse wissen, wie weit ich mich blamieren wolle ... ich wolle mich ja nur mit einer dicken Entlarvung brüsten ... einmal habe er in einem Vortrag neben dem Medium gesessen, da sei sie auch unruhig hin und her gerückt und habe gemeint, in ihrer Wohnung müsse etwas geschehen sein, da spuke es oft (das letztere soll beweisen, daß die von mir gesehene Handbewegung keine Bedeutung habe!)" Als meine Erwiderung erschien, versüßte er dann seinem Leserkreis meine peinliche Eröffnung mit der geschmackvollen redak-

Digitized by Google

tionellen Bemerkung: mein Aufsatz sei flüchtig und stilistisch nicht einwandfrei, das lasse Schlüsse auf seinen Inhalt zu. Ich halte es für notwendig, diese teilweise ja persönlichen Dinge öffentlich festzustellen, weil von bestimmten okkultistischen Kreisen ganz systematisch versucht wird, durch persönliche Verunglimpfungen und durch Erheben von Beleidigungsklagen, — die auch bei Freispruch stets großen Zeitverlust und Unannehmlichkeiten verursachen — die wissenschaftliche Kritik einzuschüchtern. Der Beleidigungsprozeß gegen Moll ist kürzlich zum Glück mit völliger Freisprechung zu Ende gegangen, jetzt ist gegen Hellwig eine Anzeige bei der Staatsanwaltschaft erstattet, nachdem man vorher bei seinen Vorgesetzten gegen ihn gearbeitet hatte. Aus Gründen der Billigkeit muß ich hinzufügen, daß, wie ich weiß, weite okkulte Kreise, auch in Berlin ein derartiges Vorgehen mißbilligen. Damit hängt es auch wohl zusammen, daß die psychischen Studien, die unter Sünners Leitung auf dem besten Wege waren, sich zu einem Skandalblättchen zu entwickeln, eingegangen sind. An ihrer Stelle erscheint die „Zeitschrift für Parapsychologie", in deren Redaktion neben Sünner, Kröner und Lambert sitzen. Diese beiden, neben einer Anzahl namhafter Mitarbeiter, lassen eine sachliche Bearbeitung dieses bedeutsamen Gebietes erwarten. Noch begrüßenswerter ist die seit Ende 1925 bei Enke, Stuttgart, erscheinende „Zeitschrift für kritischen Okkultismus", herausgegeben von Baerwald, in deren redaktionellem Kreise Forscher verschiedener Richtung, sowohl zustimmender wie kritischer, sich die Hand reichen. *Busch* (Köln).

Bonola, F.: Alcune considerazioni circa i fenomeni telepatici. (Einige Betrachtungen über die telepathischen Phänomene.) Riv. di psicol. **Jg. 21,** Nr. 2, S. 106—112 u. Nr. 3, S. 142—155. 1925.

Den telepathischen Phänomenen liegt nach den wenig kritischen Betrachtungen des Verf. eine Energieform zugrunde, die sich analog der Gesetzlichkeit elektrischer Wellenbewegungen manifestiert. Die Arbeit bringt kein neues Tatsachenmaterial, da Verf. die Objektivität der Phänomene für erwiesen hält, und hält sich im Rahmen der landläufigen Meinungen und Hypothesen. *Jossmann* (Berlin).

Allgemeine neurologische Diagnostik und Symptomatologie.

● **Strümpell, Adolf: Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Für Studierende und Ärzte. 25., völlig neu bearb. Aufl. v. Carly Seyfarth. Bd. 1.** Leipzig: F. C. W. Vogel 1926. XI, 872 S. u. 10 Taf. RM. 50.—.

Die 23. und 24. Auflage des Strümpellschen Lehrbuchs wurden in diesem Zentrlbl. **31**, S. 350 von Max Bielschowsky, die 22. Auflage im Neurol. Centralbl. **40**, S. 391, von mir referiert. Das Lob und die Anerkennung, die dem rühmlichst bekannten und nunmehr in 95 000 Exemplaren verbreiteten Werke gezollt wurden, können auch auf die nunmehr vorliegende 25. Auflage übertragen werden (vorerst ist nur Bd. I des Buches erschienen). Strümpell selbst hat das Erscheinen dieser Jubiläumsauflage nicht mehr erlebt. Er hat aber, wie Seyfarth, der das Lehrbuch neu bearbeitete und ergänzte, im Vorwort mitteilt, seinen Lieblingsteil des Werkes, die Nervenkrankheiten, durchgesehen; letztere erscheinen demnach in der vorliegenden Auflage so, wie sie von Strümpells Hand hinterlassen wurden. Auf diesen Teil, der im 2. Bande erscheinen wird, darf man einigermaßen gespannt sein, zumal der Meister einige Kapitel darin völlig neu geschrieben hat. Der vorliegende 1. Band hat vornehmlich Interesse für den inneren Kliniker und führt ihn in mustergültiger, anregender Form durch seine Domäne. *Kurt Mendel.*

● **Strümpell, Adolf: Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten für Studierende und Ärzte. 25., völl. neu bearb. Aufl. v. Carly Seyfarth. Bd. 2.** Leipzig: F. C. W. Vogel 1926. IX, 985 S.

Schnell ist dem 1. Bande der 2. gefolgt, welcher in der Hauptsache die Krankheiten des Nervensystems behandelt. Auch dieser Band bestätigt das, was sogar in der Revue neurologique (1925, S. 552), die noch immer deutsche Autoren in starkem Grade schneidet, über Strümpell anläßlich seines Hinscheidens gesagt wird (von Pierre Marie): „Son Traité de Médecine et de Thérapeutique eut le plus grand succès ... Il faut rendre hommage à l'originalité et à la clarté de son esprit, ainsi qu'à la précision de ses descriptions. Le nom de Strümpell est de ceux qui resteront dans l'histoire de la Médecine." *Kurt Mendel.*

Digitized by Google

● **Mainzer, Fritz: Über die logischen Prinzipien der ärztlichen Diagnose. (Abhandlungen zur theoretischen Biologie. Hrsg. v. Julius Schaxel. H. 21.)** (Med. Klin., Univ., Frankfurt a. M.) Berlin: Gebrüder Borntraeger 1925. 51 S. RM. 3.—.

Wohldurchdachte, besonders für den Psychiater und Neurologen — dessen Wissensgebiete in seiner Problematik eindringliche Aufmerksamkeit findet — kennenswerte Abhandlung. Eine genauere Berichterstattung und Wertung würde eine eingehende Abhandlung erfordern. Einige zusammenfassende Sätze des Verf. seien hierhergesetzt: „Die Krankheitsbegriffe der Pathologie sind, abgesehen von den natürlichen Artbegriffen ... Typenbegriffe, welche hinsichtlich ihrer Struktur und ihres klassifikatorischen Wertes den natürlichen Artbegriffen näher oder ferner stehen. Die scharfen Abgrenzungen, welche die Pathologie vom diagnostischen Gesichtspunkte aus anstrebt, haben entsprechend dieser Stellung der zugehörigen Typenbegriffe verschiedenen Wert. Sie sind bei den reinen Typenbegriffen — Psychopathien — logisch gesprochen: wertlos; naturwissenschaftlich gesprochen: unmöglich. Sie sind weiter entsprechend der Stellung der Einzelbegriffe im Einzelfall mehr oder weniger verifizierbar, mehr oder weniger künstlich." *Isserlin* (München).

● **Ruge, Reinhold, Peter Mühlens und Max zur Verth: Krankheiten und Hygiene der warmen Länder. Ein Leitfaden für die Praxis. 2. vollst. umgearb. Aufl.** Leipzig: Werner Klinkhardt 1925. XII, 491 S. u. 9 Taf. RM. 30.—.

Die Verff. behandeln in lehrbuchartiger Form für die Zwecke des praktischen Arztes unter besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie die Tropenhygiene und die Tropenkrankheiten, die Infektions-, durch Würmer und Arthropoden hervorgerufene, sowie Giftkrankheiten. — Der letzte Abschnitt erfüllt ein besonderes Bedürfnis durch die Behandlung der Eigenarten der kosmopolitischen Krankheiten bei ihrem Vorkommen in den Tropen. *K. Löwenstein* (Berlin).

Kuljkov, A.: Neurologische Methodik beim Studium der Gewerbekrankheiten. Russkaja klinika Bd. 4, Nr. 20, S. 901—910. 1925. (Russisch.)

Verf. unterscheidet die echten Berufskrankheiten des Nervensystems, wo das ganze Krankheitsbild ausschließlich durch die professionelle Schädlichkeit bedingt ist, von einer 2. Gruppe der Erkrankungen, bei deren Entstehung neben anderen ätiologischen Momenten auch die Eigenart des Berufes mit im Spiele ist, wo also der Beruf nur indirekt das Krankheitsbild beeinflußt. Am exaktesten können die Intoxikationen des peripherischen Nervensystems studiert werden, und zwar die Mono- und Polyneuritiden (Quecksilber, Blei, CS_2). Weiter folgen die Affektionen des Zentralnervensystems, wie z. B. Myelitiden, bei deren Entstehung nicht nur die Lues, sondern auch die Giftwirkung und die Traumen sowie die Temperatureinflüsse eine ätiologische Bedeutung haben. Beim Studium des Schreibkrampfs und anderer motorischer Neurosen wäre eine genauere Methodik, die auch die Formes frustes genau feststellen ließe, besonders zu empfehlen. Andererseits müsse man der Liquoruntersuchung mehr Aufmerksamkeit schenken, denn das Studium des Punktats ist vielversprechend (bei Intoxikationen mit Komplikationen seitens des Nervensystems). Auch die psychologische Untersuchung, nach der Rossolimoschen Methode der „psychologischen Profile", sei von großem Wert.
L. Arinstein (Charlottenburg).

Jelliffe, Smith Ely: The neuropathology of bone disease. A review of neural integration of bone structure and function, and a suggestion concerning psychogenic factors operative in bone pathology. (Die Neuropathologie von Knochenkrankheiten. Eine Übersicht über die nervös bedingte Erhaltung der Knochenstruktur und -funktion und ein Beweis für in der Knochenpathologie wirksame psychogene Faktoren.) (*49. ann. meet., Boston, 31. V.—2. VI. 1923.*) Transact. of the Americ. neurol. assoc. Jg. **1923**, S. 419—435. 1923.

Nach einer Einleitung über seine Prinzipien einer „Persönlichkeitspathologie" berichtet Jelliffe über eine Patientin, die ihm wegen „funktioneller Beschwerden" beim Gehen hingeschickt wurde. Das Röntgenbild zeigte Aufhellung einer Tibia, die für einen Tumor gehalten wurde. Wegen des nervösen Gehabens der Patientin wurde neben einer lokalen Röntgenbestrahlung eine Psychoanalyse eingeleitet. Diese führte unter anderem auf ein Schlafritual: Patientin konnte nur schlafen, wenn der linke Unterschenkel, extrem gestreckt und einwärts rotiert, an den rechten angepreßt lag. Durch die Analyse wurde dieser Zwang und die anderen nervösen Beschwerden behoben; gleichzeitig kam der bis dahin progrediente Knochenprozeß unter wiederholter Bestrahlung zum Stillstand und sogar zu einer weitgehenden Besserung.

Digitized by Google

Verf. nimmt an, daß unter der chronischen Beanspruchung des betreffenden Nervengebiets und unter dem Einfluß des lokalen Reizes sich eine lokale Stoffwechselstörung entwickelte, eine Atrophie mit sekundärer Cystenbildung, ein sogenanntes benignes cystisches Riesenzellensarkom. Auf diese Klassifikation des Prozesses legte er aber nicht solchen Wert wie auf die Frage, inwieweit überhaupt psychogene, unbewußte Faktoren Einfluß auf den Mechanismus des Knochenstoffwechsels gewinnen könnten. *Erich Guttmann* (München).

Kylin, E.: Über die Bedeutung der Adrenalinreaktion für die Diagnostik nervöser Erkrankungen. Svenska läkartidningen Jg. 22, Nr. 45, S. 1265—1279 u. Nr. 46, S. 1289 bis 1306. 1925. (Schwedisch.)

Die intravenöse Applikation des Adrenalins (Csepai) beim Studium der Adrenalinreaktion ist nach der Auffassung des Verf. klinisch nicht verwendbar. Der Erfolg des intravenösen Einspritzens des Adrenalins auf den Blutdruck ist von der Einströmungsgeschwindigkeit, d. h. vom Kaliber der Kanäle und von der Strömungsgeschwindigkeit des Blutes abhängig. In Händen von verschiedenen Untersuchern kann der erste Faktor nicht gleichartig bleiben. Die Diskrepanzen der Adrenalinkurven mit der intravenösen Methode verschiedener Autoren können in dieser Weise erklärt werden. Verf. zieht die subcutane Applikationsweise (Dresel) vor und findet die von Csepai gegen diese Methode erhobenen Bedenken grundlos. Die Tatsache, daß man nach intravenöser Injektion von einer gewissen Menge Adrenalin eine andersartige Adrenalinreaktion findet als nach subcutaner Einspritzung eines Milligramms, kann so erklärt werden, daß in den beiden Fällen die wirksame Menge des Mittels verschieden groß ist. Man erhält oft bei demselben Individuum mit einer kleinen Dosis eine primäre Senkung des Blutdrucks, während eine größere Dosis eine primäre Steigerung verursacht. Verf. hat mit der subcutanen Methode 20 Diabetesfälle untersucht. Unter diesen reagierten 5 Fälle mit gesteigertem Blutdruck sämtlich vagoton, während von den restierenden 15, die keine Blutdrucksteigerung zeigten, 13 sympaticoton und 2 Fälle normal reagierten. Die Verschiedenheiten der Reaktionen bei Diabetes werden in Zusammenhang gesetzt mit Verschiebungen des Kalium-Calciumgehaltes des Blutes. Verf. kann die Auffassung Csepais nicht teilen, daß die Adrenalinreaktion vom Blutzuckerspiegel beeinflußt werden sollte. Unter 19 Fällen von Asthma bronchiale wurden 18 Fälle mit vagotoner, 1 Fall mit sympaticotoner Reaktion gefunden. Unter 17 Fällen von Ulcus ventriculi gaben 16 vagotone Reaktionen. 27 Fälle von essentieller Hypertonie reagierten sämtlich vagoton. Diese Fälle wurden so gewählt, daß sie nur Frühfälle waren ohne klinische manifeste Zeichen eines Nierenleidens. Die Diskrepanzen der Angaben verschiedener Untersucher bezüglich Adrenalinreaktion bei der essentiellen Hypertonie wird so erklärt, daß verschiedene Stadien der Krankheit untersucht wurden. Bei der akuten Glomerulonephritis gibt es eine Überempfindlichkeit für Adrenalin. In 44 Fällen von funktionellen Neurosen fand der Verf. sympaticotone, vagotone und kombiniert sympatico-vagotone Reaktionen. Mit Myhrman wurde im Blute in der ersten Gruppe ein Überwiegen der Calciumionen, in der zweiten größten Gruppe der Kaliumionen, in der dritten abnorm hohe Werte von beiden Arten dieser Ionen nachgewiesen. Verf. lobt die Wirkung einer kombinierten Calcium- und Atropintherapie bei vagotonen Neurosen. Zur Beleuchtung des günstigen Einflusses dieser Therapie werden 9 Krankengeschichten mitgeteilt (deren Beweiskraft in mehreren Fällen besonders durch die Kürze der Observationszeit leidet. Ref.). Außerdem hat der Verf. gefunden, daß unter den sog. nervenberuhigenden Mitteln das Infusum amarum alkalinum. Pharmacop. Suecic. (Kalium bicarbon. 3%) einen hemmenden Einfluß auf die sympathicotone Reaktion ausübt. Darin wird eine Erklärung vom günstigen Einfluß dieses Mittels bei vielen Neurosefällen gesehen. *Ingvar* (Lund).

Lian, Camille, und Raymond Barrieu: Die vorübergehenden Gehirnstörungen bei der Hypertension. Prensa méd. argentina Jg. 11, Nr. 33, S. 1069—1071. 1925. (Spanisch.)

Neben schweren, durch Blutung oder Thrombose hervorgerufenen Hirnerscheinun-

Digitized by Google

gen kommt es im Verlaufe der Hypertension häufig zu vorübergehenden cerebralen Störungen auf körperlichem und psychischem Gebiete. Die Ursache sind arterielle Spasmen. Die Behandlung hat auf Gefäßerweiterung hinzuwirken. *Reich* (Breslau).

Schenk, Fritz: Zahncaries und chronische Nervenkrankheiten. Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 37, S. 1006—1008. 1925.

Verf. hat bei zahlreichen chronischen Erkrankungen des Nervensystems Untersuchungen auf Zahncaries vorgenommen und glaubt bei allem Vorbehalt, eine größere Häufigkeit der Caries bei Nervenkrankheiten annehmen zu können. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. *Max Grünthal* (Berlin).

Worms, G.: Réponse à l'article de M. le dr. F. Lévy: „Syndrome sphéno-palatin et syndrome gassérien". (Antwort auf den Lévyschen Artikel: Sphenopalatines und Gassersches Syndrom.) Arch. internat. de laryngol., otol.-rhinol. et broncho-oesophagoscopie Bd. 4, Nr. 9, S. 1035—1037. 1925.

F. Lévy (vgl. dies. Zentrlbl. 42, 819) hatte ausgeführt, daß der von Reverchon und Worms zur Aufstellung ihrer Hypothese (die Ozaena stelle eine trophische Störung des Ganglion spheno-palatinum dar) herangezogene Fall wahre Gassersche Syndrome mit trophischen Hornhaut- und Nasenstörungen und nicht das spheno-palatine Syndrom zeige. Demgegenüber hält Worms an seiner Hypothese im allgemeinen fest. Jedenfalls spielt bei der Ozaena eine Nervenstörung eine Rolle, und letztere kann durch ein Trauma verursacht sein. *Kurt Mendel.*

Busik, M. S., und D. M. Mitnitzky: Über die sekretorische und motorische Tätigkeit des Magens bei einigen Erkrankungen des Gehirns. Encephalitis chronica, Paralysis progressiva, Tumor cerebri. (*Univ.-Klin. f. Nervenkranke, Kiew.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 76, H. 3, S. 394—409. 1926.

Die Sekretion des Magensaftes und die Funktion der Muskulatur des Magens sind von getrennten Zentren in der Hirnrinde abhängig. Auf eine organische Läsion dieser Zentren werden die von Verf. bei verschiedenen Nervenkrankheiten gefundenen Abweichungen von der Norm bezüglich Acidität und Motorik des Magens zurückgeführt. So fand sich 45 Minuten nach Ewaldschem Probefrühstück bei Paralyse herabgesetzte, bei Hirntumor erhöhte Acidität, was im ersten Falle auf Degeneration, im zweiten auf Reizung des sekretorischen Zentrums beruhen soll. Bei Encephalitis epid. im allgemeinen Hypacidität. Die motorische Funktion des Magens verhält sich teils entgegengesetzt den Aciditätsverhältnissen teils ohne bestimmte Beziehung zu diesen. Die theoretischen Erklärungen des Verf. sind recht hypothetisch, so z. B. seine Auffassung daß die Verlangsamung der Magenentleerung bei Encephalitis epid. durch eine „spezifisch encephalitische Starre" des Pylorus herbeigeführt werde. *Wüllenweber* (Köln).

Ossokin, N.: Die diagnostische Bedeutung der Synkinesien. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 435—439. 1925. (Russisch.)

Verf. gibt eine kurze Übersicht über die Lehre von den Mitbewegungen. Er kommt zum Schluß, daß 1. die „globalen" Mitbewegungen der Hemiplegiker in engen Beziehungen zur Entwicklung der Hypertonie zu stehen scheinen; bei Verstärkung der letzteren werden sie größer und ausgiebiger; 2. in vorgerückten Stadien der Hypertonie treten kontralaterale Mitbewegungen auf, die ein „globales Element" enthalten; 3. die globalen Synkinesien sind eine Folge lediglich des Ausfalls der Pyramidenfunktionen und nicht von striären Störungen; 4. „Imitationssynkinesien" kommen vor bei Friedreichscher Krankheit, multipler Sklerose, Hysterie — außer dem schon von Marie und Foix beschriebenen Auftreten bei Läsionen der subcorticalen Ganglien. *Bresowsky* (Dorpat).

Beall, Charles G.: New method of recording muscular tremors. (Neue Methode zur Verzeichnung muskulären Tremors.) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 14, Nr. 6, S. 751—757. 1925.

Auf einen Finger wird eine Kappe aufgesetzt, die an ihrem vorderen Ende einen indirekt beleuchteten kleinen Spiegel trägt, vermittels dessen ein Film belichtet wird. Verf. vermeidet

Digitized by Google

auf diese Weise die bei direkter Schreibung mögliche Bremsung. Die beigegebenen Abbildungen rechtfertigen diesen komplizierten Apparat nicht. Aus seinen Kurven glaubt Verf. schließen zu können, daß es zwei Typen des Zitterns gibt, deren eine bei organischen Veränderungen des Nervensystems auftritt, deren andere allen Vergiftungen, endo- und exogenen, eigentümlich ist. *F. H. Lewy* (Berlin).

● **Jackson, J. Hughlings: Eine Studie über Krämpfe. Übers. u. eingeleit. v. Otto Sittig.** Berlin: S. Karger 1926. 145 S. RM. 8.40.

O. Sittig hat sich durch die vorliegende mustergültige Übersetzung des Jacksonschen Werkes ins Deutsche ein großes Verdienst erworben, indem er die Arbeit eines der originellsten und tiefsten Denkers der Neuropathologie einem großen Leserkreise wieder zugänglich gemacht hat. Das Buch enthält sowohl den englischen Text als auch die deutsche Übersetzung. Wir erhalten bei der Lektüre den unmittelbaren Eindruck der bewunderungswürdigen Beobachtungsgabe und des kritischen Scharfsinns des großen englischen Arztes. *R. Hirschfeld* (Berlin).

Römcke, Olaf: Epileptiforme Krämpfe als Komplikation bei Paravertebralanästhesie am Halse. Acta chir. scandinav. Bd. **59**, H. 6, S. 545—551. 1926.

In 2 Fällen traten im Anschluß an paravertebrale Injektionen von 20 ccm einer 1 proz. Novocain-Suprareninlösung zwecks Strumektomie, in dem einen Fall mit thyreotoxischen Symptomen, epileptiforme Anfälle (tonische und klonische) mit Bewußtlosigkeit, Sistieren der Atmung und Cyanose auf. Danach komatöser Zustand für einige Stunden. Beide Male waren die Zustände kurz und vorübergehender Art, ohne nachteilige Folgen zu hinterlassen. Bemerkenswert ist, daß an der linken Seite des Halses injiziert worden war, wo der Processus transversus schwieriger zu fühlen ist. Auf Grund der Literatur und von Tierexperimenten wird geschlossen, daß die Injektionen durch das Foramen intervetebrale hindurch, also intradural, erfolgten. Will man daher bei Strumektomien paravertebral injizieren, so soll man dieses um das Tuberculum posterius des Proc. transversus herum tun und darf nicht vor dieses gelangen. *Stern-Piper.*

Adroguć, Esteban: Diagnose der supranukleären Lähmungen der Augenmuskelnerven. Semana méd. Jg. **32**, Nr. 50, S. 1470—1472. 1925. (Spanisch.)

Die Läsionen, die zu den im Titel genannten Lähmungen führen, haben ihren Sitz zwischen denen, die die assoziierten Blicklähmungen bedingen, und den Kernläsionen. Das wesentliche Symptom ist Schädigung eines Auges bezüglich einer Bewegung. Dadurch unterscheiden sich diese Lähmungen mit Sicherheit von den höher gelegenen, während dieses Symptom keine sichere Unterscheidung von den peripherer gelegenen Lähmungen bietet. Ätiologisch kommt hauptsächlich Tabes, öfters Encephalitis lethargica in Betracht. Während in sehr vielen Fällen von Tabes Diplopie bei Blick geradeaus besteht, ist der Fall weniger häufig, daß bei Bewegungsbeschränkung eines Auges in einer Richtung der Patient überhaupt nicht über Diplopie klagt oder sie nur beim Blicke in der betreffenden Richtung bemerkt. Bei einer supranucleären Abducenslähmung sind die Symptome folgende: 1. Bei Blick geradeaus keine Diplopie. 2. Kein Strabismus convergens. 3. Starke Einschränkung der Bewegung des Auges beim Blicke nach außen. 4. Konvergenz normal. Lesen gut. 5. Bei bilateraler Läsion Blick nach außen eingeschränkt, Blick nach geradeaus gut. 6. Beim Drehversuche Nystagmus nur, wenn das betreffende Auge adduziert wird. — Ein Charakteristikum dieser Lähmungen ist ihre große Flüchtigkeit, bei der Encephalitis noch mehr als bei der Tabes. *Reich* (Breslau).

Heckford, Frank: Ten cases of acute retrobulbar neuritis. (10 Fälle von akuter retrobulbärer Neuritis.) Brit. med. journ. Nr. **3394**, S. 93—94. 1926.

Verf. stellt 10 Fälle von retrobulbärer Neuritis zusammen, für die er ein sicheres ätiologisches Moment nicht eruieren konnte. Die von anderen Autoren in derartigen Fällen ursächlich oft beschuldigten Sinuserkrankungen glaubte er allemal ausschließen zu können. Am ehesten noch ist er geneigt, das Symptom als Vorläufer einer vielleicht erst nach Jahren manifest werdenden multiplen Sklerose zu werten. *Pette* (Hamburg).

Wilbrand, H.: Über die Bedeutung kleinster homonym-hemianopischer Gesichtsfelddefekte. (*Univ.-Augenklin., Hamburg.*) Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. **58**, H. 3, S. 197—201. 1926.

Bei einem 48 Jahre alten Patienten, der an Schrumpfniere und Diabetes leidet, tritt

Digitized by Google

plötzlich eine homonyme hemianopische Gesichtsfeldstörung auf, die sich bei genauerer Untersuchung als außerordentlich klein erweist. Der Fall dient Verf. zur Beantwortung verschiedener Fragen, die auf die anatomische Anlage der Sehstrahlung und Sehzentren, wie auf die topische Diagnose und die Pathogenese Bezug nimmt. Die sehr speziellen Ausführungen müssen im Original nachgelesen werden. *Pette* (Hamburg).

Bellina, Gregorio: Sulla conformazione della pupilla nella sifilide. (Über die Form der Pupille bei der Syphilis.) (*Clin. oculist., univ., Palermo.*) Boll. d'oculist Jg. 4, Nr. 8, S. 537—545. 1925.

Die Entrundung der Pupillen ist nächst der Anisokorie das häufigste Pupillensymptom bei den syphilidogenen Erkrankungen des Nervensystems. Sie kommt sogar als isoliertes Symptom bei diesen vor, wenn die Pupillen- und Kniereflexe noch vorhanden sind. Nach Meinung einiger Autoren ist sie auf eine Atrophie der Iris zurückzuführen. Meist, aber nicht immer, ist sie am unteren äußeren Abschnitt der Pupille zu finden. Sie befällt gewöhnlich beide Augen, kommt aber auch einseitig vor. Von dem ziemlich dürftigen Material von 9 Fällen gibt Verf. Abbildungen der Pupillen. *Kastan* (Hamburg).

Koppányi, Theodore, and Nelles B. Laughton: Comparative studies on pupillary reaction in tetrapods. (Vergleichende Untersuchungen über die Pupillenreaktion bei den Vierfüßlern.) (*Hull physiol. laborat., univ. of Chicago.*) Americ. journ. of physiol. Bd. 71, Nr. 2, S. 274—276. 1925.

Bei den Vierfüßlern werden zwei Arten von Pupillenreaktionen unterschieden, die lokale und die zentrale Reaktion. Im allgemeinen wird angenommen, daß die Warmblüter nur einen zentralen, die Amphibien nur einen peripheren Reflex haben. Die Verff. setzten sich zum Ziel, zu erforschen, ob beim Frosch beide Reflexe vorhanden sind. Sie bejahen die Frage, da sie durch Reizung der optischen Hirnlappen mit schwachen faradischen Strömen beiderseitige Pupillenerweiterung hervorriefen. Außerdem kamen die Verff. zu folgenden Untersuchungsergebnissen: Durch Injektion von Adrenalin in den nach Lichtwitz freigelegten Ischiadicus wurde manchmal Pupillenerweiterung erzielt, während andere Stoffe ohne Einfluß blieben. Injektion von Wasser und Luft in die Bindehaut albinotischer Ratten verursachte Erweiterung der Pupille für 4—6 Stunden. Die gleichen Injektionen in die Bindehaut des Frosches riefen keine Änderung der Pupillengröße hervor. *Schindler* [*Behr*] (Hamburg).°°

Behr, Carl: Die Differentialdiagnose zwischen der reflektorischen Pupillenstarre und der sogenannten traumatischen reflektorischen Starre (pseudoreflektorischen Starre). (*Univ.-Augenklin., Hamburg.*) Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. 58, H. 1/2, S. 27—38. 1925.

Behr stellt zunächst folgende Bedingungen für die Diagnose der reflektorischen Pupillenstarre auf: 1. Sowohl die direkte wie die indirekte Lichtreaktion muß aufgehoben oder pathologisch herabgesetzt sein. 2. Die Naheinstellungsreaktion muß nicht nur erhalten, sondern gesteigert sein. 3. Die sensiblen, sensorischen und psychischen Reaktionen müssen frühzeitig fehlen oder herabgesetzt sein. Weiter wird verlangt: 4. relative oder absolute Miose; 5. lange dauernde absolute Konstanz des Pupillendurchmessers im Ruhestand des Auges; 6. Ausschluß einer Störung des Sphincterzentrums und dessen zentrifugaler Bahn. Nur wenn diese Bedingungen erfüllt sind, dürfen wir von einer reflektorischen Pupillenstarre sprechen. Es wird dann ein Fall beschrieben, in dem bei einer Exstirpation des Ganglion Gasseri der Oculomotorius verletzt wurde. Anfangs bestand eine komplette Oculomotoriuslähmung, die Lähmung der äußeren Augenmuskeln bildete sich aber schnell zurück. Die direkte und indirekte Lichtreaktion am rechten Auge war aufgehoben, die Konvergenzreaktion war sehr lebhaft, das Orbicularisphänomen auf dem rechten Auge in außerordentlicher Deutlichkeit vorhanden. Die Beleuchtung hatte einen deutlichen Einfluß auf die Pupillenweite. Pupillenunruhe und die psychosensiblen Reaktionen waren erhalten, wenn auch herabgesetzt. Die Wirkung der Mydriatica war ausgiebig und beschleunigt. Es besteht also ein Unterschied zwischen dem Verhalten der Pupille in diesem Falle und der reflektorischen Pupillenstarre. B. bezeichnet sie als pseudoreflektorische Starre. Durch die traumatische Schädigung des Oculomotorius wurde eine nicht vollständig reversible Veränderung des Sphincterkerngebiets im Sinne einer verminderten Reizbarkeit ausgelöst. *Sittig* (Prag).

Digitized by Google

Bourdier, F.: Comment traiter une paralysie d'accommodation, seule manifestation clinique d'une diphtérie larvée? (Wie soll man eine Akkommodationslähmung behandeln, die der einzige klinische Ausdruck einer larvierten Diphtherie ist?) Journ. méd. franç. Bd. 15, Nr. 1, S. 21—23. 1926.

Die einen Autoren glauben an den Nutzen der Diphtherieserumbehandlung bei den Akkommodationslähmungen diphtherischen Ursprungs, die anderen nicht, wieder andere nehmen für die überwiegende Mehrzahl der Fälle eine natürliche Heilungstendenz an, glauben aber an eine Beschleunigung der Heilung durch die Serumbehandlung. Verf. ist nicht sehr für die prophylaktische oder therapeutische Serumanwendung. Strychnin, Phosphor, Arsen hält er als Roborantia für wichtig. *Kurt Mendel.*

Allgemeine psychiatrische Diagnostik und Symptomatologie.

● **Ziehen, Theodor: Die Geisteskrankheiten einschließlich des Schwachsinns und die psychopathischen Konstitutionen im Kindesalter. 2., umgearb. u. erw. Aufl.** Berlin: Reuther & Reichard 1926. IX, 554 S. RM. 26.—.

Bei dem Vergleich der neuen mit der 1. Auflage fällt zunächst die Änderung des Titels auf. Er lautete früher: Die Geisteskrankheiten des Kindesalters einschließlich des Schwachsinns und der psychopathischen Konstitutionen. Die neue Fassung hebt also gegenüber der früheren die mit der Psychiatrie des Erwachsenen gemeinsamen Grundlagen stärker hervor oder rückt doch zum mindesten für die klinische Betrachtung die Besonderheiten des kindlichen Seelenlebens nicht in den Vordergrund. Die wissenschaftlichen Grundanschauungen, die klinischen Gesichtspunkte und die Anordnung des Stoffes sind die gleichen geblieben. Man findet daher auch wie früher die Manie und Melancholie, die chronischen Paranoia usw., die epileptischen und hysterischen Dämmerzustände und Delirien, die Geistesstörung aus Zwangsvorstellungen als „einfache Psychosen" einerseits von den „periodischen Psychosen" (der periodischen Manie und Melancholie, dem zirkulären Irresein, der periodischen akuten halluzinatorischen Paranoia usw.) und andererseits von den psychopathischen Konstitutionen (der hysterischen, epileptischen, obsessiven, paranoiden, depressiven, hyperthymischen usw. Konstitution) getrennt dargestellt. Zu dieser Nomenklatur hat Ziehen an den einschlägigen Stellen entsprechende Bemerkungen gemacht. Die gesamten Psychosen ohne Intelligenzdefekt zerfallen in „vollentwickelte Psychosen" und psychopathische Konstitutionen, die ersteren wiederum in: einfache d. h. nichtperiodische und periodische Psychosen. Die einfachen Psychosen setzen sich aus den affektiven und den „noëtischen" zusammen. Bei den affektiven (Manie, Melancholie) „liegen die ‚primären Hauptsymptome' auf affektivem Gebiet, also auf dem Gebiet des Gefühlslebens und im Bereich formaler Assoziationsstörungen"; bei den noëtischen (s. oben) liegen sie „auf noëtischem Gebiet, also auf dem Gebiet der Empfindungs- und Vorstellungsinhalte". Eine ausführlichere Neubearbeitung hat der unter „Dysgenitale Imbecillität" behandelte Infantilismus erfahren. In vielen Abschnitten finden sich neue kasuistische Beiträge, namentlich bei den psychopathischen Konstitutionen und in dem Exkurs über den Selbstmord im Kindesalter. Die Folgezustände der Encephalitis epidemica sind jedoch nicht aufgenommen worden. Eine Gesetzessammlung ist angefügt worden. Was das Werk schon früher kennzeichnete, die Klarheit der symptomatologischen Darstellung, die sachliche Vollständigkeit, die Reichhaltigkeit der Literaturnachweise, die umfangreiche persönliche Erfahrung sind auch der neuen Auflage zuteil geworden; aber die Bewegungen der Psychologie und Psychopathologie in den letzten 15 Jahren spiegeln sich in ihr nicht wieder. *Homburger* (Heidelberg).

● **Levy-Suhl, Max: Neue Wege in der Psychiatrie. Eine vergleichende Betrachtung des Seelenlebens der Wilden und der Geistesstörungen des Kulturmenschen nebst einer methodologischen Einleitung.** Abh. a. d. Geb. d. Psychotherapie u. med. Psychol. H. 3, S. 1—72. RM. 4.50. 1925.

Verf. gibt eine zusammenfassende Darstellung der neuen Ergebnisse bezüglich

Digitized by Google

der Beziehungen des schizophrenen Seelenlebens zu den Erlebnisweisen primitiver Völker. Nach einer einleitenden historischen Betrachtung, in der die Notwendigkeit einer Synthese der psychophysisch-kausalen und verstehenspsychologischen Forschungsweise betont wird, wird die besondere Gesetzlichkeit der primitiven Seelenverfassung gekennzeichnet; sodann werden die Übereinstimmungen mit dem schizophrenen Seelenleben erörtert, wobei auch die Grenzen der Vergleichbarkeit berücksichtigt werden. In einem Schlußabschnitt wird der archaische Einschlag in der Kunstbetätigung Schizophrener gewürdigt. Die Abhandlung, die auf einer guten Literaturkenntnis aufbaut, sehr lebendig geschrieben ist und alle Behauptungen an einem reichen Beispielmaterial beleuchtet, auch mit Bildermaterial gut ausgestattet ist, verdient einen weiten Leserkreis, auch außerhalb der engeren fachwissenschaftlichen Kreise. *Storch* (Tübingen).

Meyer, E.: Neue und alte Strömungen in der praktischen Psychiatrie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. **83**, H. 3/4, S. 191—200. 1926.

Zellenbehandlung und Zwangsmittel dürfen weder in Anstalten noch in allgemeinen Krankenhäusern mehr geduldet werden. Psychiatrische Abteilungen sollen sich möglichst in nichts mehr von anderen Krankenräumen unterscheiden. Daher ist auch die Erschwerung der Aufnahmen durch ein besonderes Irrengesetz grundfalsch. Größere individuelle Behandlung ist erwünscht, aber mit Ausschaltung von Übertreibungen. Frühzeitige Entlassung kann sich für Dementia praecox und manisch-depressives Irresein nützlich erweisen. Nur sollte man unsoziale Alkoholisten, Psychopathen und Imbezille davon ausnehmen. Hier ist langfristige Festhaltung unbedingt geboten. Harmlose Patienten können in Familienpflege und Siechenhäusern untergebracht werden. Die heutige Überwachung der Entlassenen durch Kreisärzte und Wohlfahrtsamtsärzte ist zu ergänzen durch Errichtung von psychiatrischen Polikliniken. Dauerschädigungen durch Anstaltsaufnahme kommen nicht vor. Die Trinkerfürsorge gehört unter ärztliche Leitung. Trinkerasyle sollten im Anschluß an psychiatrische Anstalten errichtet werden, ebenso Nervenheilstätten. Die sog. Nervösen sind Seelischkranke.

Raecke (Frankfurt a. M.).

Vogt, Cécile: Die topistisch-pathoarchitektonische Forschung in der Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **100**, H. 1, S. 63—69. 1925.

Die Klassifikation der Psychosen, um die sich Verf. in Gemeinschaft mit O. Vogt seit langem bemüht, muß sich an die bewährten Prinzipien der botanisch-zoologischen Systematik anlehnen. Der natürliche Weg sei die vorläufige Vereinigung aller identischen Phänotypen und darauf folgende genetische Zergliederung. Als Ausgangspunkt empfiehlt sich nicht das psychotische Zustandsbild (obwohl grundsätzlich gegen eine psychologische Gliederung nichts einzuwenden sei), sondern das größere Sicherheit gewährende pathologisch-anatomische Substrat. Dem Einwand, daß das materielle Substrat vieler Psychosen usw. noch unbekannt ist, liege ein Mangel an Kenntnis über die Leistungsfähigkeit der heutigen Hirnanatomie zugrunde. Speziell sei von der topistisch-architektonischen Forschungsrichtung, die schon eine verblüffende Menge individueller Variationen aufgedeckt habe, in Zukunft der wichtigste Fortschritt zu erwarten, insbesondere durch Zusammenarbeit von Individualanatomie und Individualpsychologie. Man dürfe sogar eine anatomische Fundierung der Hysterie erwarten, nur müsse man sich an den hysterischen Reaktionstyp halten, nicht an das einzelne hysterische Symptom. Die Schizophrenieauffassung Kleists als heredodegenerative Systemerkrankung spreche u. a. für die Richtigkeit des topistischen Einteilungsprinzipes. Auf Einzelheiten des Aufsatzes, insbesondere auch auf die polemischen Erörterungen kann im Rahmen des Referates nicht eingegangen werden. Verf. betont übrigens selbst, daß es nicht so sehr auf theoretische Begründung, als auf Ergebnisse ankomme. *A. Meyer* (Bonn).

Ossipow, V. P.: Psychiatrie — Tropopathologie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **100**, H. 1, S. 35—40. 1925.

Die Geisteskrankheit ist eine primäre oder sekundäre Gehirnaffektion, die sich in

Digitized by Google

einem krankhaften Betragen äußert, das ist ein tropopathischer Zustand. Die Bezeichnung Psychiatrie sollte durch die Bezeichnung Tropopathologie ersetzt werden.
Kretschmer (Marburg).

Stuurman, F. J.: Eine Untersuchung über den präpsychotischen Charakter von Geisteskranken. Psychiatr. en neurol. bladen Jg. **1925**, Nr. 6, S. 356—366. 1925. (Holländisch.)

Aus den Untersuchungen des Verf. wird ersichtlich, daß der präpsychotische Charakter wichtig ist in erster Linie für die endogenen („Keim"-) Psychosen und für die Prozeßpsychosen nur insoweit der präpsychotische Charakter die Form der Prozeßpsychosen mit bedingt. Eine Einteilung der präpsychotischen Charaktere nach folgenden fundamentalen Eigenschaften: Aktivität — Emotionalität, primäre oder sekundäre Reagibilität (Heymans) hat noch keine eindeutigen Ergebnisse gezeitigt. Verf. meint, daß der primären und sekundären Reagibilität als Einteilungsprinzip große Bedeutung zukomme. Die Kretschmerschen Zykloiden und Schizothymen, die Jungschen Extra- und Intravertierten sollten nach Verf. weitaus übereinstimmen mit seinen primär bzw. sekundär Reagierenden. Nach dieser Auffassung sollten in Verf.s Material die hysterischen den Zykloiden, die psychasthenischen und paranoiden den Schizoiden nahestehen. Die Schizophrenie könne sich nicht ohne weiteres aus einem bestimmten Charakter entwickeln, es wäre daher wünschenswert, die Termini Zykloide und Schizoide durch mehr indifferente zu ersetzen. Man könnte evtl. von primär und sekundär Reagierenden sprechen. *H. C. Rümke* (Amsterdam).

Bumke: Die exogenen Reaktionsformen in der Psychiatrie. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Leipzig.*) Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 796—804. 1925.

Der Verf. gibt einen zusammenfassenden Überblick über die Bedeutung der Herausstellung der exogenen Reaktionstypen für die gesamte Entwicklung der psychiatrischen Forschung, entsprechend dem in seinem bekannten Lehrbuch vertretenen Standpunkt. Er rechnet alle schizophrenen Erscheinungen als im Gehirn bereitliegende Reaktionsweisen grundsätzlich zu den exogenen Reaktionsformen; sie können durch die mannigfachsten Schädigungen hervorgerufen werden, wenn sie auch eine gewisse Sonderstellung einnehmen mögen. Die Übergänge von exogen zu endogen sind durchaus fließend; wie bei den endogenen Störungen muß man auch bei den exogenen Reaktionsformen ein konstitutionelles Moment zugeben; man kann immer nur von einem „vorwiegend endogen" oder „vorwiegend exogen" reden. Auch die Quantitätsfrage (Specht) nähert das „exogen" wieder sehr dem „endogen". Die Gegensatzpaare: organisch ⟷ funktionell und exogen ⟷ endogen werden erst von der wissenschaftlichen Systematik in ein natürliches, fließendes Geschehen hineingetragen und können schon deshalb unmöglich allen Fällen und jeder Betrachtungsweise genügen. Trotzdem bleibt die allgemeine Gesetzmäßigkeit der exogenen Reaktionstypen bestehen. Man kann die organischen Demenzen als chronisch gewordene exogene Reaktionsformen auffassen, sieht eine Amentia bald heilen, bald in schizophrene Demenz übergehen, eine epileptische aussehende Fieberpsychose heilen oder in epileptische Verblödung auslaufen. Es kommt auf das Syndrom und nicht auf die Noxe oder auf den Ausgang an. Trotzdem bleiben aber auch wieder gewisse Formenkreise (epileptischer, schizophrener, symptomatischer Formenkreis usw.) innerhalb der exogenen Reaktionsformen bestehen, und es läßt sich eine „grob organische" Demenz nicht mit einer schizophrenen Demenz, auch nicht bei Annahme nur quantitativ verschiedener Noxen, zusammenwerfen. Aber ob Alkoholdelir oder Paralyse, ob Epilepsie, Schizophrenie oder Fieberpsychose: stets wird sich eine der allgemeingültigen Reaktionen, die auf exogene Schädigung folgen, aus dem Symptomenbild herausschälen lassen. *G. Ewald* (Erlangen).

Gaupp, Robert, und Friedrich Mauz: Krankheitseinheit und Mischpsychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **101**, S. 1—44. 1926.

Vgl. dies. Zentrlbl. **42**, 594.

Digitized by Google

Ssereiskij, M.: Probleme der Endokrinologie und Psychiatrie. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 862 bis 868. 1925. (Russisch.)

Sämtliche Klassifikationen der dysglandulären Psychosen scheiterten an der Unvollkommenheit der Abderhaldenschen Dialysierprobe. Mehr Erfolg verspricht man sich von der Methode Fischers, Kretschmers, Weils u. a. Neben den dysthyreogenen und eunuchoiden somatischen Typen, denen bestimmte psychische Syndrome entsprechen, ist in dieser Hinsicht beachtenswert auch der mongoloide. Von Kretschmers Syndromen ist am wenigsten determiniert das pyknische. Die Zukunftsarbeit gilt der Differenziation der somatopsychischen Symptomkomplexe nach folgenden Prinzipien: 1. Trennung der pathogenetischen von den pathoplastischen Momenten, 2. Studium des Einflusses der endokrinen Elemente speziell während der Evolutionsperiode, 3. Kennenlernen der Rolle der statischen und dynamischen Momente, 4. Vertiefung der gegenseitigen Beeinflussungsfaktoren der Psyche und des Endokriniums.

Higier (Warschau).

Bonasera, Giuseppe: Tubercolosi e malattie mentali. (Tuberkulose und Geisteskrankheit.) (*Manicomio, Palermo.*) Pisani Bd. 45, H. 1, S. 43—55. 1925.

Auf Grund von 493 Autopsien wird die prozentuale Häufigkeit der Tuberkulose bei den verschiedenen Geisteskrankheiten ermittelt. In der tabellarischen Übersicht stehen 78 Patienten mit amentiellen Syndromen, darunter 3,8% Tuberkulöse, nur 34 Fälle von Dementia praecox mit 61,7% Tuberkulösen gegenüber. Da Verf. selbst außerdem angibt, daß unter den amentiell verlaufenden, schnell zum Tode führenden Psychosen auch Katatonien gewesen sein könnten, verliert die Statistik sehr an Wert. Verf., der unter Beziehung auf De Sanctis als ursächlich für die Schizophrenie ein Zusammenwirken von cerebraler Minderwertigkeit und toxischen Einflüssen annimmt, glaubt aber, daß gerade die Tuberkulose häufig die toxischen Störungen verursache.

Hans Strauss (Frankfurt a. M.).

Daiber, Georg: Über das Verhalten des Blutbildes bei Geistes- und Nervenkrankheiten. (*Staatskrankenanst. u. psychiatr. Univ.-Klin. Friedrichsberg, Hamburg.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 76, H. 3, S. 469—505. 1926.

Nachdem Verf. einleitend die wichtigsten bisher vorliegenden Befunde mitgeteilt hat, berichtet er über eigene Untersuchungen an 20 Fällen von Dementia praecox, 8 Fällen von Epilepsie, 12 Fällen von Paralyse (davon 6 nach Malariakur), 3 Fällen von Lues cerebri, 5 Fällen von manisch-depressivem Irresein, 4 Fällen von Encephalitis, 9 Fällen angeborener Schwachsinnsformen, 39 Fällen von Psychopathie und 13 Fällen endokriner Störungen. Im ganzen zeigen die Befunde der verschiedenen Autoren noch große Widersprüche und auch die Resultate des Verf. ergeben nur teilweise ein einheitliches Bild (überdies ist bei den meisten Gruppen die Zahl der Fälle zu gering und es fehlen Serienuntersuchungen). Von wesentlichen Resultaten sind zu erwähnen: beim Jugendirresein vielfach als charakteristischer Befund Vermehrung der Erythrocyten und Lymphocyten; bei unbehandelter Paralyse niedrige Eosinophilenwerte, bei Malariabehandlung das charakteristische Bild des Wechselfiebers; bei angeborenem Schwachsinn normale Verhältnisse; bei den Psychopathien sehr häufig Lymphocytose; desgleichen bei endokrinen Störungen als gemeinsames Charakteristicum eine Vermehrung der Lymphocyten. Vorerst spielt die Hämatologie in der Psychiatrie noch eine bescheidene Rolle; für die Zukunft darf man aber eine Änderung in dieser Beziehung erwarten, zumal bei der Anwendung neuer Methoden. *K. Eskuchen.*

Lokšina, E.: Die Bedeutung der Erythrocytensedimentierung bei Geisteskranken. Russkaja klinika Bd. 4, Nr. 19, S. 736—748. 1925. (Russisch.)

Verf. fand eine Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei organischen Erkrankungen des Nervensystems. Bei funktionellen ließ sie sich in 46,8% der Fälle nachweisen. Die Reaktion steht in keiner Beziehung zu

Digitized by Google

dem Alter der Kranken und der Dauer der Erkrankung, sondern hängt von der Schwere des Leidens ab. *Wolpert* (Berlin-Schlachtensee).

Looney, Joseph M.: The inorganic constituents of the blood of catatonic patients. (Die anorganischen Bestandteile des Blutes bei katatonen Patienten.) (*Biochem. laborat., Sheppard a. Enoch Pratt hosp., Towson.*) Americ. journ. of psychiatry Bd. **5**, Nr. 2, S. 213—218. 1925.

Von der Überlegung ausgehend, daß Tetaniesymptome in Beziehung gesetzt werden zu einer Verminderung des Calciumgehaltes im Blut, hat Verf. die anorganischen Bestandteile des Serums bei 18 katatonen Patienten bestimmt. Er fand in den meisten Fällen eine Herabsetzung des Calciumgehaltes. Durch Calciumdarreichung war eine Erhöhung zu erreichen. Klinisch wurden die Fälle nicht beeinflußt.

Josephy (Hamburg).

Claude, H., R. Targowla et Badonnel: La cholestérine du sang dans les psychopathies. (Das Cholesterin des Blutes bei Psychopathien.) (*Clin. des maladies ment., Asile Saint-Anne, Paris.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **94**, Nr. 2, S. 102—104. 1926.

Die Verff. haben Cholesterinbestimmungen im Blute bei 275 Fällen von Psychosen ausgeführt. Sie fanden in 60% eine Steigerung, in 5% eine Verminderung des Blutcholesterinspiegels, während er in 35% normal war. Eine Vermehrung des Cholesteringehaltes im Blute wurde hauptsächlich gefunden beim chronischen Alkoholismus, bei der Paralyse, bei den „effektiven" (? Ref.) Psychosen und bei einzelnen Fällen der senilen Demenz, schließlich bei Epilepsie mit Krampfanfällen. Bei Dementia praecox war der Cholesteringehalt im Blute normal. Nicht gesteigert war er (im Gegensatz zu den Angaben anderer Autoren) bei den akuten Phasen des Alkoholismus, bei Verwirrtheitszuständen und polymorphen Delirien. *V. Kafka* (Hamburg).

Poynder, E. G. T., and J. Russell: The cholesterol content of the cerebro-spinal fluid in certain mental diseases. (Der Cholesteringehalt der Cerebrospinalflüssigkeit bei einigen Geisteskrankheiten.) Journ. of mental science Bd. **72**, Nr. 296, S. 62—66. 1926.

Bei den meisten Fällen von Paralyse wurde Cholesterin in meßbaren Mengen im Liquor gefunden, und zwar war die Hauptmenge des Cholesterins an das Liquoreiweiß gebunden, während der enteiweißte Liquor nur ganz geringe Spuren Cholesterin enthält. Der Liquor von Dem. praecox, Epilepsie, einfacher Demenz enthält nicht meßbare Mengen Cholesterins. *Wüllenweber* (Köln).

Bowman, K. M., and C. C. Fry: Basal metabolism in mental disease. (Grundumsatz bei Geisteskrankheit.) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **14**, Nr. 6, S. 819 bis 823. 1925.

Die Durchsicht der Literatur ergibt, daß die Autoren bei Schizophrenie in etwa der Hälfte der Fälle normale, in der anderen Hälfte abnorm niedrige Werte für den Grundumsatz fanden. Die eigenen Untersuchungen der Verff. an 161 Geisteskranken ergaben für Schizophrenie in der Mehrzahl der Fälle abnorm niedrige oder noch normale, aber schon unter dem Durchschnitt liegende Grundumsatzwerte. Die manisch-depressive Gruppe hatte im depressiven und im hypomanischen Stadium eine Neigung zu niedrigen Werten. Bei Epilepsie normaler Grundumsatz mit Neigung nach unten. Bei Demenz, mit und ohne Psychose, meist normale Werte, aber mit entschiedener Tendenz nach oben. Bei Psychopathen Neigung zu niedrigem Grundumsatz. *Wüllenweber* (Köln).

Stanojević, Laza: Über den Einfluß der gastrointestinalen Erkrankungen auf die Stimmung der Geisteskranken mit besonderer Berücksichtigung der Magendrüsensekretion. Liječnički vjesnik Jg. **48**, Nr. 1, S. 1—9. 1926. (Kroatisch.)

Der Autor kommt auf Grund seiner neuesten Forschungen und klinischen Erfahrungen zum Schlusse: a) daß die Stimmungslage der Geisteskranken unter der Einwirkung der Magendarmerkrankungen einen depressiven Charakter trägt; b) daß die digestiven Erkrankungen bei Geisteskranken niemals zu einer solchen Magensekretion führen, die ein diesbezügliches Gesetz zu konstruieren zuläßt. *Autoreferat.*

Digitized by Google

Laignel-Lavastine et René Cornelius: L'hypoacidité ionique et l'augmentation des acides organiques, syndrome urinaire de l'angoisse. (Iogene Hypacidität und Vermehrung der organischen Säuren im Urin als Angstsyndrom.) Presse méd. Jg. **33**, Nr. 92, S. 1521—1522. 1925.

Die Verff. konnten bei verschiedenen Formen von Angstzuständen erhöhte Wasserstoffionenkonzentration 6,2—7,4 (Norm 5,8—6) feststellen. Während der Angstzustände erhöhte Urinalkalescenz bei andauernder Hypacidität mit gleichzeitiger Erhöhung der organischen Säuren innerhalb 24 Stunden. Erhöht ist auch das Verhältnis der organischen Säuren zur Harnsäure auf 29—37,6 (Norm 25—35). Dieser Erhöhung geht parallel eine Alkalose im Blut. Die Verf. schließen daher auf pathogenetische Beziehungen zur Atmungstetanie und Epilepsie und sahen gute Erfolge bei Behandlung der Angstzustände mit tägl. 4 g Calcium-Chlorür und Ammonium-Chlorhydrat. *M. Meyer* (Köppern i. Taunus).

Luncangeli, Gian Luca: La reazione nera nelle urine. (Die Schwarzreaktion im Urin.) Rass. di studi psichiatr. Bd. **14**, H. 6, S. 693—694. 1926.

Kritische, nicht referierbare Einzelheiten, die Schwarzreaktion im Urin nach Buscaino betreffend. *V. Kafka* (Hamburg).

McWilliam, Wm.: The sensitivity of the sympathetic nervous system to adrenalin in some cases of mental disorder. (Die Empfindlichkeit des sympathischen Nervensystems für Adrenalin in einigen Fällen von Geisteskrankheit.) (*District asylum, Inverness.*) Journ. of mental science Bd. **71**, Nr. 294, S. 432—438. 1925.

Verf. hat in einigen zusammengewürfelten Fällen von Geisteskrankheiten die Adrenalinblutdruckkurve festgestellt und zieht daran Schlüsse auf den Zusammenhang zwischen der Erregbarkeit des sympathischen Systems und der emotionalen Ansprechbarkeit, denen man nach dem vorliegenden Material kaum eine Bedeutung beimessen kann. *Erich Guttmann.*

Rieti, Héctor: Über die Pathogenese des Selbstmordes. Rev. de criminol., psiquiatr. y med.-leg. Jg. **12**, Nr. 67, S. 32—39. 1925. (Spanisch.)

Der Selbstmord ist immer das Zeichen eines veränderten psychischen Zustandes. Seine Ursachen sind immer pathologisch und da, wo psychologische Beweggründe vorhanden sind, kommt ihnen nur der Wert von Gelegenheitsursachen zu. Von den pathogenen Mechanismen lassen sich 3 Arten unterscheiden: 1. Die Störungen des Gemeingefühls (bei den Melancholischen, Zwangsvorstellungskranken, Halluzinanten), 2. die Egozentrizität (bei Hysterikern, Paranoikern) und 3. die Unbewußtheit oder triebhafte Form (bei den Dementen). Allen 3 Arten gemeinsam ist die Willensschwäche oder die vollständige Perversion des Willens. *Ganter* (Wormditt).

Gartner, Pál: Die Rolle von Lebensinstinkt und Todesinstinkt in der Psychodynamik des Selbstmordes. Gyógyászat Jg. **65**, Nr. 45, S. 1016—1017. 1925. (Ungarisch.)

Um die in neuerer Zeit stetig und rapid zunehmenden Selbstmorde zu erklären, nimmt Verf. Zuflucht zu folgender theoretischen Begründung: Der Lebenswunsch eines jeden lebenden Wesens setzt sich zusammen aus zwei Komponenten: Lebensinstinkt und Todesinstinkt (Todesfurcht). Unter physiologischen Umständen hält die ausgleichende Wirkung dieser beiden primitiven Elementarurkräfte sich die Wage und den Lebenswunsch im Gleichgewicht. Eine pathologische Störung dieses Gleichgewichtes, krankhafte Abnahme des Lebensinstinktes oder Steigerung der anderen psychischen Kraft — des Todesinstinktes — führen zu einer derartigen Einstellung, daß Lebensüberdruß, Todeswunsch, in den Vordergrund tretend, zum Selbstmorde führen. *Karl Hudovernig* (Budapest).

Prosorov, L.: Prophylaxis und Therapie des Suicidiums. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 47—55. 1925. (Russisch.)

Früher wurde der Selbstmord als persönlicher Fall angesehen und vom Standpunkt der individuellen Psychologie analysiert. Er wurde deshalb bloß auf therapeutischem Wege bekämpft. Mit der Zeit deckten statistische Methoden und soziologische

Digitized by Google

Arbeiten die tieferen Ursachen der Selbstmorde auf, und der Kampf gegen den Selbstmord beschränkte sich auf Prophylaxis und Hygiene. Den jetzigen Ansichten und Mitteln entsprechend, muß dieser Kampf sich auf Gründung von Dispensären, organisierte Überwachung willensloser und kranker Personen, Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Lebensweise der Massen beschränken. Dabei ist der Anteil derselben an dem Aufbau eines neuen Lebens unerläßlich. *Mark Serejski* (Moskau).

Ventra, Carmelo: Un caso raro di anestesia laringo-tracheale. Prolungata permanenza di un voluminoso corpo estraneo nelle vie respiratorie, dissimulato a scopo suicida. Morte improvvisa per paralisi riflessa del centro respiratorio bulbare. (Seltener Fall von Anästhesie des Kehlkopfes und der Trachea. Fortdauernde Anwesenheit eines voluminösen Fremdkörpers in den Luftwegen auf trügerische Art zum Selbstmordzwecke gehalten.) Manicomio Jg. **37**, Nr. 3, S. 229—249. 1924.

Sektionsbefund einer 32jährigen Frau, welche vor 24 Tagen in die Irrenanstalt wegen Halluzinationsanfällen aufgenommen war. Aus der Krankengeschichte ergibt sich, daß die Patientin schon vor ihrer Aufnahme einen voluminösen Fremdkörper (12 cm langen Eisen-Schloßhaken) in den Larynx gesteckt hatte und ihn wegen einer bestehenden Anästhesie der Luftwege hatte verbergen können. Die Patientin starb plötzlich unter Asphyxiesymptomen.

Benedetto Agazzi (Milano).

Krjukow, A. J.: Zur Deformation des Schädels bei Selbstmördern. Auszug aus einem Vortrag auf der Versammlung der Gerichtsexperten in Moskau am 27.—28. III. 1924. Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. **7**, H. 1, S. 38—42. 1926.

Es werden nicht nur Deformationen des Schädels, sondern auch Anomalien des Gehirns erwähnt, ferner darauf hingewiesen, daß bei Selbstmördern verhältnismäßig oft der Status lymphaticus vorkommt. Verf. hebt aus den Gründen für den Selbstmord folgenden hervor: Fehlerhafte Tätigkeit des Gehirns infolge Zirkulationsstörungen und unrichtiger Ernährung des Gehirns. *Göring* (Elberfeld).

Freudenberg, Karl: Die Selbstmorde in Deutschland nach dem Kriege. Klin. Wochenschr. Jg. **5**, Nr. 1, S. 29—33. 1926.

Im ganzen hat die Selbstmordstatistik in Deutschland gegen früher mancherlei Veränderungen aufzuweisen. Aber an dem ungeheuerlichen Schicksal gemessen, das über uns gekommen ist, erscheinen sie doch verhältnismäßig unbedeutend und deuten darauf hin, daß die Hauptursache aller Selbstmorde doch endogener Art ist. Die Art der Ausführung zeigt sich freilich abhängiger von dem Zeitverhältnis und der besonderen Gelegenheit. *Birnbaum* (Herzberge).

Trömner, Ernst: Selbstverstümmelung und Selbstbeschädigung. (*Allg. Krankenh., Hamburg-St. Georg.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 3/4, S. 400 bis 408. 1925.

Die nicht uninteressanten 3 Fälle von Selbstverstümmelung: 1. 25jähriger Mann, hereditär schwer belastet, seit Jahren an Krämpfen, poriomanischen Zuständen und Depressionen mit Suicidneigung leidend, der auch schon früher einmal nach häuslichen Differenzen Gegenstände verschluckt hatte, die chirurgisch entfernt werden mußten, kauft wiederum nach einem Familienstreit sich Teelöffel, setzt sich in die Eisenbahn, verschluckt die Löffel und kommt in halbwirrem Zustande in Hamburg an. In Hypnose gibt er die befriedigende Auskunft, daß er durch Selbstopferung seinen dem Trunk verfallenen Vater habe retten wollen. — 2. Bei einem 20jährigen Manne (Potus und Epilepsie in der Familie), der als Kind in spielerischer Weise sich angewöhnt hatte allerlei Gegenstände zu verschlucken, entwickelte sich daraus ein periodisch auftretender Zwang zu derartigen Handlungen und eine Verknüpfung derselben mit sexueller Erregung, ohne daß jedoch die Sexualbefriedigung sich auf diese Methode beschränkt hätte. — 3. 34jähriger Mann, in dessen Familie Potus und Hysterie vorgekommen, scheu und zurückhaltend, onaniert seit seinem 15. Lebensjahr mit Hilfe Anlegens weiblicher Wäsche, neigt als Lehrling zu planlosen Reisen, macht ohne ersichtliches Motiv den Versuch sich den Nabel mit Calciumcarbid zu verbrennen, will mit 22 Jahren aus sexualer Reue schon einmal sich die Genitalien abschneiden, verletzt aber nur den Penis, wodurch eine Striktur entsteht, deren Bougierung masturbatorisch ausgenutzt wird; im Kriege, obwohl sonst tapfer und pflichttreu, mehrfach bestraft wegen unmotivierten Fortlaufens und Anlegens von Frauenkleidern. Neben den perversen auch normale Sexualakte, Heirat 1919, zwei Kinder, die früh starben; auch in der Ehe Fortbestehen der Neigung zu onanistischer Befriedigung unter An-

Digitized by Google

legen weiblicher Wäschestücke, vergeblicher Kampf gegen diese Neigung, Konflikt mit Ehefrau, als er dieser den Vorschlag macht, beim Congressus Frauenwäsche anziehen zu dürfen. Nach einem masturbatorischem Akte aus Verzweiflung über den Rückfall unterbindet er sein Scrotum mit einem Faden und schneidet es langsam und sorgfältig ab, dabei merkwürdig wenig Schmerz empfindend — diese Fälle, sie sind doch wohl nicht geeignet, wie der Verf. meint, zu beweisen, daß ernsthafte Selbstbeschädigungen auch bei Geistesgesunden vorkommen. *Geelvink* (Frankfurt a. M.).

Engelhard, C. F.: Psychiatrische Ziffern aus Java. Psychiatr. en neurol. bladen Jg. **1925**, Nr. 6, S. 326—344. 1925. (Holländisch.)

Nach verschiedenen Untersuchern der letzten Zeit beträgt die Anzahl Geisteskranker in Niederländisch-Ostindien ungefähr 2‰, das ist beinahe ebensoviel wie in den westeuropäischen Ländern. Diese Angabe widerspricht der üblichen Meinung, daß bei den weniger entwickelten Völkern Geisteskrankheiten nicht so häufig vorkommen wie bei uns. Verf. gibt einige Angaben über die Patienten, welche von ihm beobachtet sind in der Observationsanstalt in Solo (Mitten-Java). Die meisten Aufnahmen finden während der Regenperiode statt (Dezember-Februar), also nicht während der größten Hitze. Der Prozent fremder Orientalen (zumal Chinesen) ist viel größer als der Inländer, weil die Chinesen besser für ihre Kranken sorgen und eher einen europäischen Arzt rufen. Bei den Chinesen kommen luische Zustände häufig vor, bei den Inländern treten die emotionellen Psychosen mehr hervor, obgleich auch bei den Javanern Dementia paralytica vorkommt. Aufnahme nach einem Selbstmordversuch kam in 6 bis 7% vor, meistens bei einem emotionellen exogenen Zustand; selten bei Melancholie. In der Anstalt wurde niemals ein Selbstmordversuch unternommen; künstliche Ernährung war auch niemals notwendig, was hinweist auf die große Folgsamkeit der Inländer. Die Ursache der Amok besteht nicht so sehr in der Epilepsie, wie Kraepelin meint, sondern in emotionellen Zuständen und Malariainfektion. Trauma, Intoxikation und Lues sind hauptsächlich die Ursachen der Psychosen bei den Männern, emotionelle Zustände bei den Frauen; der Gebrauch von Opium und Alkohol spielt fast keine Rolle. Bei der Dementia praecox überwiegt die hebephrene Form, die Dementia paranoides und Katatonie kommt aber auch vor. Betreffs der manisch-depressiven Psychose ist es sehr merkwürdig, daß die Melancholie sehr viel weniger vorkommt als die Manie. Übrigens zeigen sich im allgemeinen dieselben Krankheitsbilder wie in Europa. *S. T. Heidema* (Amsterdam).

Pollock, Horatio M.: Mental disease in the United States in relation to environment, sex and age, 1922. (Die Geisteskrankheiten in den Vereinigten Staaten bezüglich Umgebung, Geschlecht und Alter im Jahre 1922.) Americ. journ. of psychiatry Bd. **5**, Nr. 2, S. 219—232. 1925.

Von der Geistesstörung im allgemeinen und von den einzelnen Psychosen werden Kurven gebracht, welche die Zahl der Aufnahmen für die verschiedenen Altersstufen von vier Gruppen, nämlich der männlichen und weiblichen städtischen und der männlichen und weiblichen ländlichen Bevölkerung darstellen. Von den Altersstufen sind z. B. bei der Paralyse die Jahre zwischen 40 und 49 am häufigsten betroffen, bei der Dementia praecox die zwischen 20 und 34, beim manisch-depressiven Irresein die zwischen 30 und 59 usw. Die städtische männliche Bevölkerung ist fast durchweg prozentual am stärksten beteiligt, besonders bei der Paralyse und dem Alkoholismus. Beim manisch-depressiven Irresein und bei der Involutionsmelancholie stehen aber die städtische und danach die ländliche weibliche an der Spitze. Die Kurven geben ein sehr anschauliches Bild. *Müller* (Dösen).

Benon, R.: L'augmentation du nombre des aliénés. (Die Vermehrung der Zahl der Geisteskranken.) (*Hosp. gén., Nantes.*) Bull. de l'acad. de méd. Bd. **95**, Nr. 3, S. 79—81. 1926.

In der psychiatrischen Abteilung zu Nantes hat die Zahl der Zugänge, welche in den Kriegsjahren erhöht, 1920—1922 aber stark vermindert war, seit 1923 eine steigende Zunahme erfahren. Als Ursachen hierfür werden Alkoholismus, Kriegsfolgen und die Schädlichkeiten des modernen Lebens in Anspruch genommen. *Müller* (Dösen).

Digitized by Google

Therapie.

Scheer, W. M. van der: Über einige wichtige Behandlungsmethoden in unserer Anstalt. (*Prov. Ziekenh., Santpoort.*) Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 28, Nr. 6, S. 73—74. 1926.

Neben kurzen Angaben über gute Erfolge mit Dauerbädern, Somnifen-Dauerschlaf nach Kläsi und Malariaimpfung der Paralytiker wird über den vorzüglichen Erfolg der systematisch ausgebauten Arbeitstherapie berichtet, der 75% der über 1400 Kranke fassenden Anstalt zugeführt werden konnten. Durch Bezahlung der geleisteten Arbeit mit Anstaltsmünzen, welche die Kranken in einem Kaufladen der Anstalt umsetzen können, wird der Anreiz zur Arbeit gesteigert. Der günstige Einfluß nützlicher, streng durchgeführter Beschäftignng auf die Haltung der Kranken wird gerühmt.

Geelvink (Frankfurt a. M.).

Rodiet, A.: La prophylaxie mentale et le placement familial libre. (Die seelische Prophylaxe und die freie Unterbringung in Familien.) Paris méd. Jg. 16, Nr. 5, S. 114 115. 1926.

Für die Kranken der Pariser Anstalten, welche nicht mehr anstaltspflegebedürftig sind, aber keine Verwandten oder Bekannten besitzen, bei denen sie Aufnahme finden könnten, ist in Lurcy-Lévy (Allier), welches gegenüber den ungünstigen Umständen der Großstadt die Vorteile der ländlichen Verhältnisse bietet, eine Gelegenheit zur Unterbringung in Familien geschaffen worden. Es besteht ein gewisser Anschluß an die bekannten familiären Kolonien von Dun-sur-Auron und Ainay-le-Château. Bisher sind günstige Erfolge zu verzeichnen.

Müller (Dösen).

Trapet: Die Simonsche Beschäftigungstherapie. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 28, Nr. 8, S. 94—95. 1926.

„Simon'sche Beschäftigungstherapie" nennt Verf. die von Simon (Gütersloh) eingeführte neuartige Methode der Psychosenbehandlung. Ärzte und ein besonders vorgebildetes Pflegepersonal sind in dauernder Berührung mit den Kranken und halten sie bei den Mahlzeiten, bei der Arbeit und Erholung in ständigem Umtrieb. Der Absonderung des autistischen Schizophrenen und des gehemmten Depressiven wie auch dem unruhvollen Expansionsdrang des Manischen und dem Stumpfsinn des Verblödeten wird durch die Anleitung zu Gemeinschaftsleben wirksam vorgebeugt. Die Erfolge sind in der eigens für diese Beschäftigungstherapie gebauten Anstalt Simons sehr günstig. Die Beruhigung der Kranken ist frappant. Gelegentliche Isolierung bei störender Unruhe wirkt erzieherisch. Besondere Abteilungen für Unruhige sind überflüssig.

Legewie (Freiburg i. Br.).

● **Künkel, Fritz: Psychotherapie und Seelsorge. — Seng, Herbert: Zur Frage der religiösen Heilungen. Mit einem Vorwort v. Carl Schweitzer. (Arzt u. Seelsorger. Hrsg. v. Carl Schweitzer. H. 1.)** Schwerin i. M.: Friedrich Bahn 1925. 37 S. R.-M. 1.40.

Beide Autoren bemühen sich um den Zusammenhang von Psychotherapie und Seelsorge; beide beantworten die Frage in positivem Sinne. Künkel identifiziert Gesundsein und Gutsein, Kranksein und Schlechtsein. Seiner Meinung nach ist Biologie eine Normwissenschaft. Da andererseits der Theologe auch das erfahrungsmäßig Gegebene zu beachten habe, so sei er auch Naturwissenschaftler. Folglich gebe es keine Schranke, die Psychotherapie und angewandte Theologie trenne, um so weniger, als jetzt die Einsicht gewonnen sei, daß seelische Leiden notwendige Folgen ethischer Entgleisungen seien. Indem sich K. gegen die Psychanalyse älteren Stiles wendet und (fälschlich) von ihr behauptet, sie sei rein kausal orientiert, bekennt er sich zur sog. Individualpsychologie Adlers. K. teilt 2 Fälle seiner Erfahrung mit und demonstriert an ihnen, daß derselbe Tatbestand je nach dem Standpunkt Krankheit, Irrtum und Sünde sei. Indem sich der Verf. für die Zusammenarbeit von Pfarrern, Ärzten und Lehrern einsetzt, verficht er Grundsätze, denen man wohl praktisch weithin beistimmen wird, wenn man auch seine theoretischen Ausführungen vielfach höchst anfechtbar findet. — Der zweite Autor, Seng, erörtert den Wert der Idealbildung

Digitized by Google

im Rahmen der Psychotherapie. Er setzt die Beschaffenheit des Ideals zur Suggestionswirkung in Beziehung und trifft damit eine, aber nur eine Seite der Suggestion.
Gruhle (Heidelberg).

Radó, Sándor: Das ökonomische Prinzip der Technik. I. Hypnose und Katharsis. Internat. Zeitschr. f. Psychoanalyse Bd. 12, H. 1, S. 15—24. 1926.

Durch die Darstellung der allgemein bekannten psychologischen Vorgänge in Hypnose und Katharsis in der Terminologie der „Metapsychologie", wie sie in den jüngsten Schriften Freuds enthalten ist, wird hier der Anschein erweckt, als ob eine neue Theorie dieser Zustände gegeben würde. Die Arbeit enthält aber weder gedanklich, noch empirisch etwas, was, von jenem Sprachgebrauch abgelöst, mitteilenswert wäre.
W. Mayer-Gross (Heidelberg).

Genil-Perrin: Les suggestions dangereuses. (Die gefährlichen Suggestionen.) Prophylaxie ment. Jg. 1, Nr. 1/2, S. 36—39. 1925.

Verf. weist auf die therapeutische Zweischneidigkeit brutaler imperativer Suggestion und Hypnosen hin — in Frankreich ist die Ausführung von Hypnosen den Militärärzten verboten — und ebenso auf die „respektlose", umwühlende und dadurch oft therapeutisch fragwürdige Psychoanalyse; er redet der langsamen persuasiven Neuerziehung das Wort. Nichts Neues.
Kronfeld (Berlin).

Buzzard, E. Farquhar: Lettsomian lecture on the principles of treatment in relation to diseases of the nervous system. (Vorlesung über die Behandlung der Nervenkrankheiten nach Lettsomschen Grundsätzen.) (*St. Thomas's hosp., London.*) Lancet Bd. 210, Nr. 8, S. 377—381. 1926.

John Coakley Lettsom, der vor $1^1/_2$ Jahrhunderten in England gelebt hat, soll ein außerordentlich erfolgreicher Arzt gewesen sein. Da seine wissenschaftlichen Grundlagen keineswegs besser waren als die seiner ärztlichen Zeitgenossen, sind seine Erfolge wahrscheinlich einer besonderen Fähigkeit, mit Kranken richtig umzugehen, und seinen psychotherapeutischen Bemühungen zuzuschreiben. In Anlehnung an Lettsoms auch heute noch unvermindert gültige Anschauungen bringt Verf. einige Vorschläge über zweckmäßige Art des Verkehrs mit Kranken und über Erziehung der Patienten, ausgehend von dem Gesichtspunkt, daß selbst bei organischen Nervenkrankheiten das psychologische Moment nicht vernachlässigt werden dürfe, und daß der Arzt bei seinen Maßnahmen alles vermeiden müsse, was den Anschein der Quacksalberei erwecken könne. Man solle also z. B. einen Hemiplegiker nicht wunschgemäß mit Elektrizität und Massage behandeln und dadurch gewissermaßen versprechen, daß auf diesem Wege eine Heilung erzielt werden könne. Es wäre vielmehr Pflicht des Arztes, dem Kranken zu zeigen, daß die Muskelfunktion intakt sei (Zuckung bei elektrischer Reizung, Mitbewegungen bei Bewegungen der gesunden Seite und beim Gähnen), daß also der eigentliche Krankheitsherd auf diese Weise gar nicht beeinflußt werden könne.
Taterka (Berlin).

Urbantschitsch, Rudolf: Über die Abkürzung der Behandlungsdauer psychoanalytischer Kuren. Wien. med. Wochenschr. Jg. 76, Nr. 2, S. 51—55. 1926.

Wie Ferenczi und Rank, so will auch Verf. die Psychoanalyse durch eine „aktive" Therapie fördern: indem er beim Kranken die Erinnerung an die neurosogenen Erlebnisse gewaltsam erzwingt. Er setzt Angst- und Affektkrisen oder er schafft dramatische Situationen, die den verdrängten vermutlich ähneln; so zerbricht er die Widerstände der Kranken. Natürlich mit bestem Erfolge: Heilung in 6 Wochen. Diese brutale und dabei plumpe und — in der Darstellung des Verf. — abgeschmackte Methode ist also das „neue" therapeutische Verfahren der Psychoanalyse — das wirft bedeutende Schlaglichter auf die angeblichen bisherigen Heilwirkungen derselben. Denn es geht doch in nichts grundsätzlich über die alte hypermnesierende Hypnose Janets, über die frühere Freudsche „Katharsis", ja über die gewöhnliche symptomatisch-therapeutische Suggestion hinaus: nur daß alle diese psychologisch schonungsvolleren Verfahren nicht Angst und Schrecken verbreiten.
Kronfeld (Berlin).

Digitized by Google

Spezielle Neurologie.

Meningen:

Zandowa, N.: Der Hydrocephalus, die seröse und Pseudo-Meningitis. Warszawskie czasopismo lekarskie Jg. 3, Nr. 1, S. 9—12. 1926. (Polnisch.)

Definition und Aufzählung der ätiologischen Momente. Schilderung des klinischen Bildes der im Titel genannten Krankheitseinheiten in ihrer historischen Entwicklung: 1. der akuten und chronischen Hydrocephalie; 2. der äußeren und inneren serösen Meningitis und 3. des Meningismus, wie ihn Dupré zuerst beschrieben hat. Der Liquor stammt normaliter hauptsächlich vom Plexus chorioideus der Hirnkammer her, zu dem sich in pathologischen Zuständen meningeale Exsudate und vasculäre Transsudate hinzugesellen. Der Liquor verdankt seine Bewegungsrichtung hauptsächlich der Druckdifferenz der Kammern, den Körper- und Atembewegungen, dem Gefäßpuls, dem Resorptionsstrom der Flüssigkeit seitens des Venen- und Lymphsystems. Der Abflußweg — sowohl der venöse als lymphatische — muß stets durchgängig sein und die Bildung des Liquors muß nicht gesteigert sein. Bei Hydrocephalie findet sich meist Infiltration, Verdickung, Degeneration des Plexus chorioideus, die für Insuffizienz der Sekretion spricht mit Verkorkung bzw. Abschluß der subarachnoidalen und perivasculären Räume. Von einer anatomischen Pathologie der Meningitis serosa, noch weniger des Meningismus ist zur Zeit keine Rede. Auch die eingehenden Dandyschen Experimentaluntersuchungen fördern kaum die praktische Frage vom pathogenetischen Wesen der serösen Meningitis. Die Meningitis ext. ist meist Folge eines entzündlichen Prozesses im anliegenden Knochengewebe, die Meningitis int. entsteht, wo allzuviel Liquor produziert bzw. zuwenig resorbiert wird oder wo beides zusammentrifft. Am schwersten heilbar sind die Fälle, wo die Durchgängigkeit der Kammer bzw. ihrer Verbindungskanäle erschwert ist, wie z. B. beim angeborenen Hydrocephalus.

Higier (Warschau).

Maclaire, A. S.: A new etiological factor in the production of some cases of hydrocephalus. Report of a case. (Neuer ätiologischer Faktor in der Entstehung einiger Fälle von Hydrocephalus.) Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. 62, Nr. 5, S. 498 bis 503. 1925.

Verf., der bei 9% von 500 untersuchten Neugeborenen eine intrakranielle Blutung durch Lumbalpunktion gefunden hat, beobachtete folgenden Fall: am ersten Lebenstage stellte Punktio eine schwere Blutung fest, das Allgemeinbefinden bot eine schlechte Prognose, doch besserte sich unter wiederholten Punktionen der Zustand, so daß die Entwicklung über den ersten Monat hinaus als normal angesehen wurde; im zweiten Lebensmonat kränkelte das Kind wieder und eine Untersuchung am Ende des Monats ergab das Bestehen eines Hydrocephalus. Organisation der unvollständig resorbierten Blutmengen habe die Resorptionsverhältnisse des Liquors ungünstig beeinflußt, so daß es zu einer Stauung und ihren Folgen kommen mußte. *Geelvink* (Frankfurt a. M.).

Simson, T.: Zur Psychologie der Hydrocephaliker. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 733—744. 1925. (Russisch.)

Auf Grund eigener klinischer Beobachtungen und anderer Publikationen schildert der Verf. die Eigenart des psychischen Lebens der Hydrocephaliker. Das allgemeine intellektuelle Niveau soll bei diesen relativ hoch sein. Die intellektuelle Sphäre dieser Patienten ist normal; sie haben ein sehr gutes mechanisches Gedächtnis und eine gewisse Begabung für fremde Sprachen, können gut mechanisch rechnen und haben eine vorzeitige Entwicklung der Sprache. Die meisten von ihnen haben ein sehr gutes musikalisches Gehör. Aber ihre Aufnahmefähigkeit ist schwach, es fehlt ihnen an schöpferischer Initiative, sie denken langsam und zeigen eine gewisse Abschwächung des assoziativen Gedächtnisses. Das emotionelle Leben ist sehr labil, in vielen Fällen ist eine Euphorie, die manchmal sogar zu einer Witzelsucht führt, nicht zu verkennen. Der

Digitized by Google

Verf. ist der Ansicht, daß die oben geschilderten psychischen Besonderheiten in Zusammenhang gebracht werden müssen: 1. Mit Veränderungen in den endokrinen Drüsen und 2. mit einer Reihe pathologischer Veränderungen im Bereich des Balkens und der assoziativen Bahnen, die zum Frontal- und Temporallappen führen und in den subcorticalen Ganglien. Verf. berührt auch die von Gratiolet angeschnittene Frage, ob nicht ein gewisser Grad von Hydrocephalus notwendig wäre für die prävalierende Entwicklung irgendeines Teiles des Gehirns und für die Entstehung eines Talentes. Zur Begründung dieser Ansicht werden die Lebensgeschichten von Edison, Beethoven, Schopenhauer, Wagner, Strauss, Reger und sogar Helmholtz angeführt. Doch meint der Verf., daß zur Zeit dieses Problem noch nicht gelöst werden kann, dazu wären noch weitere Untersuchungen und Beobachtungen notwendig.

L. Arinstein (Charlottenburg).

Koeppe, Hans: Über Hydrocephalus occultus. (*36. Vers. d. dtsch. Ges. f. Kinderheilk., Karlsbad, Sitzg. v. 22. IX. 1925.*) Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. **31**, H. 3/4, S. 390—395. 1926.

Verf. konnte mittels der Schädelperkussion unter Fällen von „cerebraler Kinderlähmung" solche mit einem hohen intrakraniellen Druck finden, bei denen durch wiederholte Druckentlastung (Lumbalpunktion) eine bleibende Besserung, bei frühzeitigem Erkennen des hohen Hirndruckes und Beseitigung des Überdruckes sogar vollständige Heilung in relativ kurzer Zeit erzielt werden konnte; Verf. spricht bei diesen geheilten Fällen von cerebraler Kinderlähmung von einem Hydrocephalus occultus und erblickt in der Perkussion des kindlichen Schädels ein ebenso einfaches wie verläßliches Mittel, einen erhöhten intrakraniellen Druck zu erkennen und damit bei Fehlen der Volumenzunahme des Schädels wenigstens den erhöhten Hirndruck. Die Feststellung des letzteren, sowie der Nachweis des nichtentzündlichen Charakters des Liquors (Pandy-Reaktion) und der Vermehrung des Liquors mittels der Encephalographie (erweiterte Ventrikel) sichern die Diagnose des okkulten Hydrocephalus, bei dem zwei Gruppen unterschieden werden können; bei der einen zeigt das Encephalogramm außer erweiterten Ventrikeln noch andere Abweichungen vom normalen Bild, die zum Teil auf porencephalische Defekte zurückzuführen sind (Komplikationen oder sekundäre Hydrocephali), bei der anderen nur erweiterte Ventrikel (Hydrocephalus occultus im engeren Sinne). Beobachtung und Therapie sprechen für einen Zusammenhang zwischen Rachitis und dem hohen intrakraniellen Druck, so daß die geheilten Fälle von cerebraler Kinderlähmung als Hydrocephali rachitici aufgefaßt werden können.

G. Stiefler (Linz).

Bucciardi, Giulio: Di una comunicazione stabilitasi tra cavità del terzo ventricolo e spazi sottoaracnoidei, in soggetto idrocefalico per chiusura dei fori di Magendie e Luska determinata da tumore del bulbo. (Über eine Kommunikation zwischen dem dritten Ventrikel und den subarachnoidalen Räumen bei einem Hydrocephalus infolge Verschlusses der Foramina Magendii und Luschka durch einen Tumor der Oblongata.) (*Istit. di anat. patol., univ., Modena.*) Boll. d. soc. med.-chir. di Modena Jg. **26**, H. 1, S. 17—24. 1925.

Bucciardi beschreibt das Gehirn eines 12jährigen Kindes, das während des Lebens durch seinen großen, unregelmäßig gebauten Schädel (Andeutung von Turmschädel, Vorsprung an hinterer Scheitelbeingrenze) auffiel, erst vom 5. Lebensjahre ab Intelligenzstörungen und cerebrales Erbrechen zeigte, später Stirn- und Hinterhauptsschmerzen, Ohrensausen, Parese des rechten Armes, taumelnden Gang, Sehstörung auf dem rechten Auge, nach 2 Monaten Ohnmachtsanfälle; Exitus nach einer Operation auf Grund der Diagnose eines Kleinhirntumors. Die Gehirnsektion zeigte nun einen großen Tumor der frontalen Oblongata, sekundären Verschluß der Foramina Magendii und Luschka, infolgedessen Unmöglichkeit des Abflusses des Inhaltes des 4. Ventrikels nach außen, Hydrocephalus internus und Bildung eines natürlichen Ventils in Form einer größeren Öffnung des 3. Ventrikels an der Hirnbasis vor dem Chiasma, durch die eine Kommunikation mit den subarachnoidalen Räumen geschaffen wurde.

Wallenberg (Danzig).

Digitized by Google

Vána, Antonín: Infratemporale Hirnkammerdrainage bei Hydrocephalus internus congenitus. Časopis lékařů českých Jg. 65, Nr. 1, S. 20—24. 1926. (Tschechisch.)

Ausführliche Besprechung der Entstehung des Hydrocephalus und der bisherigen Operationsmethoden. Verf. hat im Anschluß an ein Verfahren von Hildebrand eine neue Methode ausgearbeitet. Hildebrand drainiert das Vorderhorn des Seitenventrikels durch eine Trepanationsöffnung im Dach der Orbita. Durch diese Öffnung wird eine Kanüle ins Vorderhorn des Seitenventrikels eingeführt. Dann wird zugenäht. Der Liquor fließt der Schwere nach in das Bindegewebe der Orbita. In einem Falle führte Verf. diese Operation nach Hildebrand aus, doch kam es zu einem schweren Ödem der Lider, so daß das Auge überhaupt nicht geöffnet werden konnte. Außerdem kam eine Pneumonie hinzu. Trotzdem führte Verf. noch eine zweite, seine neue Operation aus. Sie besteht darin, daß das Vorderhorn des Seitenventrikels in die Fossa infratemporalis drainiert wird. Es wird ein 4 cm langer Hautschnitt oberhalb des Jochbogens gemacht, die Fascie des M. temporalis wird durchtrennt, ein Sektor dieses Muskels herausgeschnitten. Im Schnittpunkt der Horizontalen vom oberen Rande der Orbita und der Vertikalen auf dem Processus coronoideus mandibulae wird eine Trepanationsöffnung von 1 cm Durchmesser angelegt. Dann wird eine Kanüle in der Richtung gegen die große Fontanelle in den Ventrikel eingeführt. Mit einem Elevatorium wird der Raum zwischen Jochbogen und Oberkiefer gelockert und dadurch der Abfluß des Liquors zum Fettkörper der Wange mit seinen abführenden Lymphwegen begünstigt. Man braucht kein Drain liegen zu lassen, sondern vernäht. Das operierte Kind, das schon vorher, wie erwähnt, eine Pneumonie hatte, starb daran nach der Operation. *Sittig* (Prag).

Sokolowski, M., und J. Irger: Die Lymphangioplastik des Unterhorns des Seitenventrikels als Behandlungsmethode bei Hydrocephalus internus. (*II. chir. Klin., weißruss. Staatsuniv., Minsk.*) Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 46, S. 2586—2589. 1925.

Den Vorschlag Hildebrands, die Hydrocephalusflüssigkeit nach der Orbita zu abzuleiten, haben die Verff. in der Weise modifiziert, daß sie die Ableitung nach dem Bichatschen Fettklumpen im Gesicht vornahmen. Sie gingen derart vor, daß sie von einem Schnitt oberhalb des Jochbogens aus den Bichatschen Fettklumpen freilegten, dann das Unterhorn punktierten und durch einen Schlitz der Dura einen gestielten Lappen des Fettklumpens hindurchzogen, der im Unterhorn mit Catgut befestigt wurde. Nach dieser Methode wurden 4 Fälle operiert, von denen einer an Encephalitis gestorben ist. Die 3 anderen haben sich merklich gebessert, doch sind die späteren Ermittlungen nur sehr ungewiß. *Wolfsohn* (Berlin).

Körperflüssigkeiten:

Cummer, L., and Frank R. Lyne: The Wassermann reaction. A system using excess ambocepter. (Die Wassermannreaktion — ein System, das sich eines Ambozeptorüberschusses bedient.) (*Dep. of clin. pathol., school of med., Western reserve univ. a. St. Alexis hosp., Cleveland.*) Americ. journ. of syphilis Bd. 9, Nr. 4, S. 765—770. 1925.

Die Verff. kommen auf Grund ihrer Untersuchungen zu folgenden Resultaten: Bei der WaR. interessiert oft die Anwesenheit von unbekannten Mengen nativen hämolytischen Ambozeptors im Menschenserum. Bei Ambozeptorüberschuß ist dann eine sehr genaue Titrierung des Komplements gegeben, wodurch eine Ausbalanzierung des hämolytischen Systems möglich ist. Die Ergebnisse der Komplementtetration sind denn auch klar und scharf, und persönliche Differenzen lassen sich auf ein Minimum reduzieren. Die weiteren Vorzüge des Verfahrens werden erörtert. *V. Kafka* (Hamburg).

Sital Chandra Dutt: Comparative result of Wassermann's reaction for syphilis with that of Sachs-Georgi. (Vergleichende Resultate der Wassermannschen Reaktion für Syphilis mit jener von Sachs-Georgi.) (*Voluntary venereal hosp., Alipur, Calcutta.*) Indian med. record Bd. 45, Nr. 12, S. 369—370. 1925.

Paralleluntersuchungen an 125 Seren. Resultate: bei stark positiver WaR. ist gewöhnlich auch die S.-G.-Reaktion ausgesprochen positiv. Die Resultate beider Reaktionen stimmen in mehr als 90% der Fälle überein. Das Serum muß trübungs- und blutfrei sein. Zweifelhafte

Digitized by Google

Resultate sind nicht zu verwenden. Eine positive S.-G.-Reaktion zeigt eine klinische Syphilis an; eine negative S.-G.-Reaktion kann gelegentlich auch bei Vorhandensein einer klinischen Syphilis vorkommen. *K. Eskuchen* (Zwickau).

Giuffrè, Liborio, e Lorenzo Mannino: Sulla temperatura del liquido cefalo-rachidiano. (Über die Temperatur des Liquor cerebrospinalis.) (*Istit. di clin. med. gen., univ., Palermo.*) Sperimentale Jg. **79**, H. 6, S. 1059—1068. 1925.

Um die Temperatur des Liquor cerebrospinalis zu bestimmen, konstruierten die Verff. sich eine Apparatur, die die Verhältnisse zwischen Innen- und Außenliquor bei der Lumbalpunktion wiedergab. Sie bestimmten nun, welche Innentemperatur einer bestimmten Außentemperatur der Flüssigkeit entsprach und berechneten so aus der Temperatur des entnommenen Liquors jene des innen befindlichen. Dabei ergab sich die Liquortemperatur in 13 von 24 Fällen höher, in 3 gleich und in 8 niedriger als die Rectaltemperatur war; stets jedoch war sie höher als die Achseltemperatur. Ein Parallelismus mit den übrigen Liquorbefunden oder der Erkrankung war nicht nachweisbar. Im Mittel war die Liquortemperatur um 0,07° höher als die Rectum- und 0,9° höher als die Achseltemperatur. Verf. diskutiert zum Schluß die Ursache dieser höheren Liquortemperaturen im Hinblick auf die Tierversuche von A. Mosso.

V. Kafka (Hamburg).

Neufeld, Ludwig: Liquor cerebrospinalis und Antikörper. (*Pathol. Inst., Univ. Berlin.*) Krankheitsforschung Bd. **2**, H. 1, S. 63—69. 1925.

Wenn auch die chemische Zusammensetzung des Liquors dem dialysablen Anteil der Blutsubstanzen entspricht, so kann doch die selektive Natur der Plexussperre weder physikalisch noch chemisch, sondern nur als spezifische Tätigkeit der Plexuszellen gedeutet werden, welche chemisch sich nahestehende Substanzen teils durchläßt, teils zurückhält. Diese Schrankenwirkung steht oft im Dienste der Zweckmäßigkeit, anderseits verhindert sie aber den Übertritt von Antikörpern vom Blut in den Liquor. Auch bei meningitischen Prozessen traten nur verschwindend kleine Mengen von Antikörpern in den Liquor über. Im Anschluß an Versuche von Ransom, der Tetanustoxin in den Liquor einführte, diesen aber nicht auf Antikörper untersuchte, stellte Verf. sich die Frage, ob der Liquor überhaupt Antikörper bilden kann. 12 Fälle von Meningitistbc. wurden mit Besredkas Eierantigen untersucht, wobei 60% im Blut positiv reagierten, im Liquor war das Resultat stets negativ. Als zweite Versuchsreihe wurde 12 Kaninchen Hammelblut endolumbal injiziert; während das Blut sehr bald Antikörper gegen Hammelblut von hohem Titer zeigte, fand sich im Liquor keine Spur Hämolysin. Der Liquor cerebrospinalis ist also nicht imstande, Antikörper zu bilden. Daher können die Reaktionskörper der WaR. im Liquor auch keine Antikörper sein, sie sind vielleicht Produkte toxischer Wirkung der Spirochaeta pallida auf die Zusammensetzung der Blut- und Liquorbestandteile. *Wüllenweber* (Köln).

Niina, T.: Bedeutung und Beurteilung der Chlor- und Zuckerbestimmung im Liquor. (*II. med. Klin., Charité, Berlin.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 3/4, S. 577—585. 1925.

Während die Untersuchung der Eiweißarten im Liquor Allgemeingut geworden ist, ist die Untersuchung des Zucker- und Chlorgehaltes und seiner Bedingungen noch nicht genügend gewürdigt. In der Literatur finden sich bei annähernd gleichem Zahlenmaterial ganz unterschiedliche Schlußfolgerungen infolge mangelhafter Berücksichtigung der physikalisch-chemischen Grundlagen. Das Verhältnis von Zucker- und Chlorgehalt von Blut zu Liquor ist unter normalen Bedingungen ein außerordentlich konstantes. Bei einem normalen Nüchternwert für Blutzucker von 0,085—0,011 beträgt der Liquorzucker 0,05—0,065, der Chlorwert 0,5—0,65 in Blut und etwa 0,73 im Liquor. Dieses Verhältnis wird auch dann aufrechterhalten, wenn der Blutzucker sich erhöht oder erniedrigt. Das gleiche läßt sich experimentell für das Chlor zeigen. Verschiebungen im gegenseitigen Verhältnis zwischen Blut und Liquor treten nur bei Durchlässigwerden der Meningen, z. B. bei Entzündungen, auf. Dann findet ein Ausgleich statt, so daß

Digitized by Google

der Liquorzucker bis zur Höhe des Blutzuckers ansteigen kann. Eine Verminderung des Liquorzuckers ist charakteristisch für die Anwesenheit zuckerspaltender Bakterien im Liquor, also für die Mehrzahl aller bakteriellen Meningitiden. Ein Absinken des Chlorgehaltes zeigt schwerere Entzündungsvorgänge an den Menigen an, wobei Chlor örtlich adsorbiert wird. Gegen das Bestehen eines Donnangleichgewichts zwischen Liquor und Blut spricht die Beobachtung, daß eine deutliche Eiweißvermehrung im Liquor ohne die geringste Cl-Verminderung, ja sogar unter Cl-Vermehrung vorkommen kann. Die Bestimmung der Zucker- und Chlorwerte im Liquor hat eine Bedeutung also nur im Zusammenhang mit der gleichzeitigen Untersuchung der Blutwerte.

F. H. Lewy (Berlin).

Tascone, G.: Per una reazione sul liquido cefalo-rachidiano. (Eine neue Liquorreaktion.) (*Istit. di clin. pediatr., univ., Milano.*) Pediatria, riv. Jg. **34**, H. 3, S. 131 bis 141. 1926.

Nach Herstellung einer 5proz. Kaliumbichromatlösung wird filtriert; dann fügt man tropfenweise Trichloracetessigsäure hinzu und zwar so viele Tropfen, als Kubikzentimeter der bereiteten Lösung. Mit diesem Reagenz wird der Liquor in einem Röhrchen von 1 cm überschichtet. An der Berührungsstelle der beiden Flüssigkeiten entsteht bei normalem Liquor ein weißlicher Ring, der jedoch bald verschwindet. Bei akuten Meningitiden ist der Ring viel dichter und größer und bleibt erhalten. Manchmal treten auch Netzformen auf.

V. Kafka (Hamburg).

Guillain, Georges, Guy Laroche et P. Lechelle: La réaction du benjoin colloïdal dans les cas de tumeurs cérébrales. (Die kolloidale Benzoereaktion.) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 32, S. 1151—1152. 1925.

Bei 28 Hirntumoren 5mal Normalkurve, 17 mal Flockungsoptimum mehr oder weniger stark nach rechts verschoben, 6 mal doppeltes Flockungsmaximum am Anfang und am Ende der Kurve mit dazwischenliegender Schutzzone. Einmal gab ein Liquor eine Kurve wie Paralyse. Xanthochromer Liquor und solcher mit Spontangerinnung wurde nicht verwandt.

Wüllenweber (Köln).

Heinemann, H., und Lotte Heinemann: Untersuchungen über den Liquor cerebrospinalis. IV. Mitt. (*Hosp. Tandjong Morawa d. Senambah-Maatschappij, Morawa, Sumatras Ostküste.*) Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. **30**, H. 2, S. 61—72. 1926.

Liquoruntersuchungen an 104 Javanen und 33 Chinesen. Einen Malariafehler des Liquorwassermanns gibt es nicht, positiver Liquorwassermann wurde nur bei Lues beobachtet. Die Goldsol-Reaktion ist empfindlicher als die Mastixreaktion gegenüber Liquorveränderungen bei Frambösie und wahrscheinlich auch Malaria. (Vgl. dies. Zentrlbl. **40**, 772.)

Wüllenweber (Köln).

Jones, Hamilton P.: Comparative studies of cerebrospinal fluids, especially in reference to refractive index. (Vergleichende Untersuchungen von Cerebrospinalflüssigkeiten, besonders mit Bezug auf den Refraktometerwert.) (*Charity hosp., New Orleans.*) Med. clin. of North America Bd. **9**, Nr. 4, S. 1115—1130. 1926.

Der Refraktometerwert ändert sich verhältnismäßig am wenigsten unter allen diagnostischen Untersuchungsmethoden des Liquors bei den verschiedenen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Bei organischen Nervenleiden ist er im allgemeinen höher als in Normalfällen, bei Lues cerebrospinalis und Paralyse etwas höher als bei tuberkulöser Meningitis. Eine konstante Beziehung zum Eiweiß-, Zell- oder Zuckerwert besteht nicht.

Wüllenweber (Köln).

Garriga, Manuel: Wichtigkeit und Bedeutung der thermolabilen Wassermannreaktion im Liquor. (*Hosp. milit., Valladolid.*) Med. ibera Bd. **20**, Nr. 430, S. 125 bis 130. 1926. (Spanisch.)

In 125 Fällen, die teils Syphilitische, teils nicht Syphilitische betrafen, fiel die WaR. des Liquors nur dann positiv aus, wenn Syphilis wirklich vorlag. Eine unspezifische Reaktion wurde nicht beobachtet. Eine verschieden starke positive WaR. im inaktivierten Liquor (½ Stunde auf 55° erhitzt) zeigte sich in 89% der Paralytiker, in 27% der Tabiker und in etwa 27% der an Lues cerebrospinalis leidenden Kranken

Digitized by Google

(darunter 3 Epileptische, 1 Hydrocephale, 1 Fall von hereditärer spezifischer Meningitis und Fälle (6%) sekundärer Syphilis mit unbestimmten nervösen Symptomen). Die Reaktion war positiv im frischen und negativ im inaktivierten Liquor (Phänomen von Eicke-Rizzo) in 11% der Paralytiker, in 46% der Tabiker, in 53% der Kranken mit Lues cerebrospinalis, in 25% der sekundär Syphilitischen mit nervösen Symptomen und in 25% der behandelten latent Syphilitischen. Die Reaktion fiel negativ aus in 27% der Tabiker, in 20% der Kranken mit Lues cerebrospinalis, in ungefähr 69% der Syphilitischen des Sekundärstadiums und in 75% der Fälle der behandelten latenten Lues. Die thermostabile Reaktion im Liquor der Tabiker wurde bedeutend schwächer, wenn die Temperatur zur Inaktivierung eine Stunde auf der Höhe gehalten worden war. Dies zeigte sich sowohl bei Verwendung des normalen wie des syphilitischen Organextraktes. Die thermostabile Reaktion der Paralytiker nahm an Stärke ab, ohne negativ zu werden, trotzdem der Liquor durch 2 Stunden 45 Min. einer Temperatur von 56° ausgesetzt wurde. Bei Erhöhung der Temperatur auf 64°, 15 Min. lang, wurde in etwa 88% die Reaktion negativ. Die thermolabile Reaktion (des ausschließlich frischen Liquors) wurde negativ oder sehr abgeschwächt, wenn der Liquor 35 Min. lang bei einer Temperatur von 46—48° gehalten wurde. Die ausgesprochen thermostabile Reaktion des Liquors kann als ein Symptom der progressiven Paralyse angesehen werden. Die anfänglich thermostabile Reaktion braucht nicht notwendig eine ungünstige Prognose über den weiteren Verlauf des nervösen Prozesses abzugeben, ebensowenig wie die anfangs thermolabile Reaktion von günstiger Vorbedeutung zu sein braucht. Im allgemeinen richtet sich die Liquorreaktion nach dem Erfolg der spezifischen Behandlung, indem die thermolabile Reaktion thermostabil und zuletzt negativ wird. Indessen ist der Einfluß der Behandlung auf den Liquor nicht immer von gleichem Wert auf den Verlauf des nervösen Prozesses und der allgemeinen Infektion. Bei der allgemeinen Paralyse fiel die Reaktion nie negativ aus. Trotzdem bietet die Malariabehandlung gute Aussichten, soweit oft bedeutende Remissionen in Betracht kommen. Die alleinige pharmakologische Behandlung bessert zwar den Liquorbefund beim Paralytiker, bewirkt aber keine Remission in klinischem Sinne. Bei der Tabes und einigen Fällen von Lues cerebrospinalis hat die intralumbale Therapie gute Erfolge aufzuweisen. Die nervösen Erscheinungen und der Liquorbefund der sekundären und latenten Syphilis werden von der allgemeinen antisyphilitischen Behandlung aufs günstigste beeinflußt. *Ganter* (Wormditt).

Großhirn:

Encephalitis:

Krontowskij, A.: Zur Ätiologie und Epidemiologie der epidemischen Encephalitis. Sovremennaja psichonevrologija Jg. 1, Nr. 2, S. 3—10. 1925. (Russisch.)

Zusammenstellung der 507 Fälle der epidemischen Encephalitis, die in Kiew und Umgebung von den Neurologen Seletzki, Mankowski, Lasareff und Fleischmann klinisch untersucht und beobachtet wurden. Die ersten Encephalitisfälle sind im Dezember 1919 festgestellt worden; im ganzen sind im Winter 1919/20 94 Kranke registriert, 1920/21 60 Fälle, 1921/22 45 Fälle, 1922/23 179 Fälle und 1923/24 129 Fälle. Die Gesamtzahl 507 umfaßt natürlich nicht alle Encephalitisfälle, denn nicht alle Fälle waren im Anfang richtig erkannt und registriert. Die meisten Erkrankungen fallen auf die Wintermonate Dezember, Januar und Februar. Direkte Ansteckung beim Umgang mit Kranken ist sehr selten; auch Erkrankungen von 2 oder mehreren Mitgliedern einer Familie gehören zu den großen Seltenheiten. Besonders überzeugend sind in dieser Hinsicht die Beobachtungen im Podol-Viertel der Stadt Kiew, wo die Bevölkerung arm und schmutzig ist, auf einem sehr niedrigen kulturellen Niveau steht und unter großer Wohnungsnot leidet. Obgleich die gesunden Familienmitglieder im engsten Kontakt mit den Kranken blieben, und sogar mit den schwerkranken Encephalitikern im selben Bett schliefen, haben sie sich nicht angesteckt. Nur in 2 Fällen unter 507 sind

Digitized by Google

2 Erkrankungen in ein und derselben Wohnung festgestellt worden: Eine Frau, die ihren kranken Bruder gepflegt hat, bekam selbst 2 Wochen später die Encephalitis und 2. 2 Wochen nach dem Tode seiner Frau, die an epidemischer Encephalitis gestorben war, erkrankte der Mann. Der Verfasser ist der Ansicht, daß die Infektion von den Kranken auf gesunde Menschen übertragen wird; die Virusträger bleiben aber klinisch symptomlos, und deswegen entziehen sie sich jeder Beobachtung. Verf. spricht die Vermutung aus, daß der Herpesvirus und der Encephalitisvirus wenn nicht identisch so doch verwandt sind. Die Ergebnisse seiner experimentellen Untersuchungen werden demnächst in einer speziellen Mitteilung seines Mitarbeiters W. Solowiew veröffentlicht werden. *L. Arinstein* (Charlottenburg).

Perdrau, J. R.: The virus of encephalitis lethargica. (Das Virus der Encephalitis lethargica.) (*Laborat., Lambeth hosp., London.*) Brit. journ. of exp. pathol. Bd. 6, Nr. 3, S. 123—128. 1925.

Die einfache cerebrale Inokulation von Kaninchen mit dem Gehirn tödlich verlaufender Fälle von Encephalitis lethargica ist nicht die Methode der Wahl für die Erhaltung des Virus. Cerebrospinalflüssigkeit von 3 Fällen von E. l. wurde 5 Kaninchen intracerebral injiziert; 2 Tiere starben, aber histologisch waren keine Zeichen einer E. l. nachweisbar. Corneainokulationen wurden 11 mal ausgeführt mit dem Gehirn von 8 Fällen von E. l.: bei 2 Kaninchen trat milde Keratitis auf, weitere Passagen weder corneal noch cerebral möglich. Material von da Fano, Kling war nicht in Passage übertragbar. Unfiltrierte Nasenspülungen von 7 Fällen von E. l. wurden auf die Cornea von 15 Kaninchen verimpft; in 11 Fällen einfache Keratitis. Meerschweinchen, weiße Mäuse und 3 Affen wurden erfolglos geimpft. Die durch einfache cerebrale Inokulationen von Emulsionen des Gehirns von tödlichen Fällen von E. l. bei Kaninchen hervorgerufenen Ergebnisse hatten also denselben negativen Charakter wie bei den anderen Untersuchern. — Theorie: Wenn in Fällen von E. l. das Virus das Zentralnervensystem erreicht, so können 3 Dinge passieren: 1. Entwicklung einer lokalen cellulären Immunität, die den Erreger abtötet und zu einer vollkommenen Genesung führt. 2. Die Entwicklung einer unvollkommenen cellulären Immunität, die nur teilweise der Infektion Herr wird; der schließliche Ausgang ist der Tod oder chronische Infektion. 3. Fehlen von Entwicklung irgendeiner Immunität und schneller Tod. Die letzte Gruppe hat die wenigen Fälle geliefert, aus deren Gehirn oder Cerebrospinalflüssigkeit ein dem Herpes ähnliches Virus durch direkte Inokulation empfänglicher Tiere isoliert werden konnte. Unter bestimmten Versuchsbedingungen waren Anzeichen für die Anwesenheit einer aktivierenden Substanz vielleicht von der Natur eines Aggressins in dem Gehirn des mit dem Herpesvirus intracerebral inokulierten Kaninchens vorhanden. Die Inkubationszeit war erheblich reduziert, wenn die Tiere 2 intracerebral Inokulationen oder eine von einer cerebralen nach 48 St. gefolgte cutane Inokulation erhielten. Der Zusatz von Gehirnemulsionen von durch cutane Inokulation des Passagevirus immunisierten Tieren kürzt bemerkenswert die Inkubationsperiode für die intracerebrale Inokulation ab. Die Anwesenheit der aktivierenden Substanz konnte leichter im letzteren Fall nachgewiesen werden, wenn das Immungehirn in Glycerin im Eisschrank 14 Tage gehalten wurde. — Es wurden nun zunächst Versuche gemacht, die Virulenz des Virus zu steigern entweder durch Zusatz der aktivierenden Substanz zu der inokulierten Materie oder durch Erzeugung der aktivierenden Substanz in dem Versuchstiere. Im ersten Falle bestand die aktivierende Substanz, die zu den Emulsionen des menschlichen Gehirns hinzugetan wurde, aus einer Gehirnemulsion in normaler Salzlösung eines Kaninchens, das 2mal in 2 aufeinanderfolgenden Tagen intradermale Inokulationen des Herpespassagevirus erhalten hatte und 48 St. nach der letzten Inokulation gestorben war. Das Kaninchengehirn wurde verwandt, nachdem es wenigstens 2 Wochen und nicht mehr als 3 Wochen in Glycerin im Eisschrank gestanden hatte. Im 2. Falle wurden zur Produktion der aktivierenden Substanz in dem Versuchstiere Emulsionen des menschlichen Gehirns, die untersucht werden sollten, wiederholt dermal, intradermal und intracerebral injiziert, in der Regel an alternierenden Tagen, an 4 aufeinanderfolgenden Tagen mit oder Zusatz des Aggressins im Falle der cerebralen Injektionen. Das Aggressin ist nicht das Virus selbst. Durch eine spezialtechnik ist es möglich gewesen, die Anwesenheit eines Virus, das von dem im Herpes enthaltenen nicht zu unterscheiden war, in dem Gehirn von 3 Fällen von E. l. festzustellen. In einem dieser Fälle erhielten Verf. ein fixes Virus, das als identisch mit dem Herpesvirus nachgewiesen werden konnte, einschließlich gekreuzter Immunitätsverhältnisse. *E. Paschen.*

Uchiyama, Tai: Pathological studies of encephalitis epidemica of 1924 in Japan. (Pathologische Studien bei Encephalitis epidemica in Japan, Epidemie i. J. 1924.) (*Dep. of pathol., med. coll., Tohoku imp. univ., Sendai.*) Japan med. world Bd. 5, Nr. 12, S. 345—348. 1925.

Vorläufige Mitteilung über 5 Fälle im Alter von 17—91 Jahren. Meningitis ist

Digitized by Google

in allen Fällen vorhanden; in 2 Fällen reichlich polynucleäre Zellen. Im Gehirn finden sich Herdnekrosen in Rinde, vorderer Commissur, rotem Kern, S. nigra, Corpus quadr., gelegentlich selbst makroskopisch erkennbar. Verf. unterscheidet absceßartige, nekrotische Zonen, Erweichungsnekrosen mit großen, plasmareichen, mononucleären Zonen in Umgebung Massen mit Stäbchenkernen. Ferner finden sich Knötchen mit Rundzellen (Gliazellen) in Rinde und weißer Substanz, diffus affizierte Zonen in der weißen Substanz, „Infiltrationen" mit Rundzellen, Stäbchenzellen und Polynucleären, Erweichungszonen bis zu Sperlingseigröße, nur zum Teil von Gefäßwandstörungen abhängig, perivasculäre, vorwiegend lymphoide Infiltrationen, in 3 Fällen ausgesprochen hyaline Gefäßwandveränderungen, Blutungen, diffuse Ganglionzellveränderungen und bei Giemsafärbung tief gefärbte sphärische, hyaline Körper in der Stirnhirnrinde (bei 52jährigem Patienten). Eisenreaktioen positiv, namentlich im Hirnstamm, Kleinhirn, Brücke und Hemisphärenmark in Form von Körnchen in Phagocyten, Gliazellen und mononucleären Zellen der Erweichungszonen, in Gefäßwänden, sowie diffuse Eisenreaktion der Gefäßwandmedia. Andere Abbauprodukte bei Giemsafärbung in Gefäßwänden und zerfallenden Ganglienzellen. Nach Verf. besteht Ähnlichkeit mit dem poliomyelitischen Prozeß. Die Nekrosen sind die Folge von Mikrobenwirkung, nicht von Exotoxinen, die auf dem Blutstrom herangeführt werden. In einem Fall Nephrosklerose, in 3 Fällen Arteriosklerose. Ein Teil der Hirnveränderungen muß durch Gefäßerkrankung beeinflußt sein. Status lymphaticus wird als prädisponierend angesehen. In 4 Fällen bestanden Leberstörungen vor Einsetzen der Erkrankung.

F. Stern (Göttingen).

De Lisi, L., e A. Businco: A proposito d'anatomia patologica e patogenesi dell'encefalite epidemica cronica. Risposta al Prof. Buscaino. (Zur pathologischen Anatomie und Pathogenese der chr. Encephalitis letharg.) Riv. di patol. nerv. e ment. Bd. **30**, H. 6, S. 487—490. 1925.

Buscaino, V. M.: Postille alla risposta di De Lisi e Businco. Riv. di patol. nerv. e ment. Bd. **30**, H. 6, S. 491—492. 1925.

Buscaino, V. M.: Breve commento allo scritto di De Lisi e Businco. Riv. di patol. nerv. e ment. Bd. **30**, H. 5, S. 448—449. 1925.

Replik und Duplik über Einzelheiten. *F. H. Lewy* (Berlin).

Veillet: Sur une épidémie de névraxite épidémique à type excito-moteur spécial. (Eine Epidemie epidem. Encephalitis mit besonderem hyperkinetischen Typ.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **42**, Nr. 6, S. 239—242. 1926.

21 Fälle mit folgendem Syndrom wurden in 2 Jahren in Rochefort und Umgebung gesehen: Myoklonien (Myoseismien nach P. Marie) in verschiedener Form, z. T. im Schlaf zunehmend, gelegentlich dabei Crampi, Zittern usw., dazu öfters leichter Parkinsonismus in begrenzten Gebieten, in 7 Fällen Schmerzen (Zerschlagenheitsgefühl), unbeeinflußbar durch Analgetica, elektrische Übererregbarkeit mit Verbreiterung der reflektogenen Zonen, funktionelle Atemstörung, stets vegetative Störungen, gesteigerte Erregbarkeit des Vasomotoriums, Schweißausbrüche, Steigerung des Pilomotorenreflexes, umschriebenes Ödem, Spermatorrhöen, Diarrhöen usw., häufig Anfälle hysteriformer, epileptiformer, anginöser Art, Asthmaanfälle. Etwas Eiweißvermehrung im Liquor. 5 mal Beginn mit akuter Encephalitis, 1 mal mit Singultus, 15 mal schleichend aus scheinbarer Gesundheit. Symptome hartnäckig. Verf. steht auf dem Standpunkt, daß jedenfalls die meisten Fälle der epidemischen Encephalitis angehören; am schwierigsten ist die Abtrennung der leichten Fälle von physiologischen Myoklonien. Es ist möglich, daß die Encephalitis keine, mitunter nur eine äußerst schwache Infektion bedingt, so daß nur ganz verdünnte Symptome entstehen. Sicard: Man muß in solchen Fällen auch an „Paraencephalitis" und andere Infektionen denken. S. hat in letzter Zeit mehrere Kollegen gesehen, die plötzlich an Schwäche und Muskelzuckungen fibrillärer Art erkrankt waren; dabei leichte Temperatursteigerung. Nach 1—3 Monaten trat Heilung ein. *F. Stern* (Göttingen).

Digitized by Google

David et Dekester: Sur une épidémie actuelle paraissant se rattacher à une névraxite. (Epidemie im Anschluß an eine Encephalitis.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 42, Nr. 3, S. 75—77. 1926.

Eine eigenartige Epidemie, die 50 Fälle, meist Erwachsene betrifft, ist von den Verff. in einer Vorstadt von Lille beobachtet worden. Ganze Familien können erkranken, Übertragungen aufs Pflegepersonal wurden aber nicht beobachtet. Kurze Prodrome mit hohem Fieber, Ödem des Gesichts und der Lider, dann Schmerzen in den Beinen mit folgender schlaffer Lähmung und Reflexverlust. Gelegentlich Lähmungen auch in Armen, aber geringeren Grades. Contractur der Wirbelsäule mit Nackensteifigkeit, gelegentlich Trismus und Contractur der Beine. Mesencephale Kerne frei, doch kommen häufig Lähmungen im Bereich des Glossopharyngeovagus vor. Selten leichte Delirien, Pulsbeschleunigung, Blutdruckerniedrigung; auch Liquordruck soll gering sein. Starke Schweiße. Später öfters Ödeme an Beinen, Urticaria, Erythema circinatum. Rascher Fieberabfall. Amyotrophien können folgen. Rudimentäre Fälle ohne Lähmungen kommen vor. Leichte Fälle verlieren die Lähmungen nach 8—14 Tagen, doch bleibt Schwäche noch längere Zeit zurück. In schweren Fällen Tod nach einigen Wochen. Blutkulturen negativ, Liquorbefund bisher negativ (genauerer Bericht steht aus). Pathologisch-anatomische Untersuchungen fehlen. Verff. denken an eine Encephalitis, vielleicht eine der beschriebenen peripheren Formen (dem Ref. dünkt es wahrscheinlich, daß es sich jedenfalls nicht um eine epidemische Encephalitis gehandelt hat). *F. Stern* (Göttingen).

Kuljkov, A.: Zum Studium der epidemischen Encephalitis und ihrer Eigentümlichkeiten in Rußland. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 593—600. 1925. (Russisch.)

Statistische Bearbeitung einer Enquete, die 139 Fälle von epidemischer Encephalitis umfaßt, darunter waren 79 Männer, 60 Frauen. Die Mehrzahl gehörte der Altersklasse von 20—40 Jahren an. 26 Fälle gehörten zur lethargischen Form, 16 zum amyostatischen Syndrom, 15 zur myoklonischen Form, in 9 waren psychische Symptome, 7 Fälle waren Abortivformen, in 6 Fällen Parkinson mit subakutem Verlauf.

M. Kroll (Minsk).

Cantonnet, A.: Les paralysies oculaires de fonction dans l'encéphalite épidémique. (Assoziierte Augenmuskellähmungen bei epidemischer Encephalitis.) Journ. méd. franç. Bd. 15, Nr. 1, S. 15—16. 1926.

Verf. nennt mit Taguet die assoc. Augenmuskellähmungen Funktionslähmungen, weil eine Funktion des binocularen Sehens gestört ist. Auf die Häufigkeit der Störung bei Encephalitis wird aufmerksam gemacht; im eigenen Material findet Verf. die Störung 12 mal unter 34 Fällen. Er weist darauf hin, daß entsprechend dem Sitz der Störung neben der Willkürfunktion auch die reflektorisch-automatische gestört ist, z. B. die Reaktion auf vestibuläre Reize. *F. Stern* (Göttingen).

Thomsen, Hugo: Eye symptoms in 115 cases of encephalitis lethargica. (Augensymptome in 115 Fällen von Encephalitis lethargica.) Acta ophth. Bd. 3, H. 1/2, S. 131—140. 1925.

Wie andere Autoren findet Verf. als halbwegs charakteristischen Symptomenkomplex bei Encephalitis atypisch-irreguläres Bild und wechselnden Verlauf der Augenstörungen. In 75% der Fälle Diplopie; häufig ist die Natur der Lähmung schlecht festzustellen. 2 mal persistierten die Lähmungen. 5 mal assoziierte Lähmungen als Zeichen supranucleärer Läsion. In 9 Fällen Akkommodationsstörung. In 3 Fällen Argyll-Robertson; in 1 Fall konnte das Symptom über 3 Jahre verfolgt werden; Lues auszuschließen. 1 mal beobachtete Verf. choreatische Bewegungen der Bulbi (vielleicht mehr als myoklonische zu bezeichnen). In 16 Fällen Neuritis optica meist leichten Grades, in 1 Fall Stauungspapille, die wieder schwand. 6 mal wurde doppelseitige retrobulbäre Neuritis gesehen. *F. Stern* (Göttingen).

Digitized by Google

Vedel, Puech et Vidal: Tics et syncinésies post-encéphalitiques. (Postencephalitische Tics und Synkinesien.) Bull. de la soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen Jg. 7, H. 1, S. 59—61. 1925.

Vorstellung eines Falles, 4 Jahre nach akutem Stadium: Mannigfache Tikbewegungen; bei Beklopfen eines Beins Schulterhebung der korrespondierenden Seite, bei Summation des Reizes beiderseitige Hebung. Geringe Hypertonie. Psychisch: Ängstlich, zahlreiche organisch nicht bedingte Schmerzen in den Eingeweiden. Im Liquor Mucin vorhanden. *Stern.*

Agostini, Cesare: La palilalia nei parkinsoniani postencefalitici. (Die Palilalie beim postencephalitischen Parkinson.) (*Clin. d. malatt. ment. e nerv. e istit di med. leg., univ., Perugia.*) Ann. dell'osp. psichiatr. prov. in Perugia Jg. 19, H. 1/3, S. 89—111. 1925.

Fall mit typischem postencephaltischem Parkinson, kein Intelligenzdefekt, nur mäßige Verlangsamung der psychischen Abläufe (Bradypsychismus), keine dysarthrischen oder aphasischen Störungen. Ausgesprochene Palilalie mit folgenden Einzelheiten, die auch ein früher vom Verf. mitgeteilter Fall aufwies: Am Beginn eines Gespräches fehlt die Palilalie, sie tritt erst während des Dialoges hervor, dabei werden stets die letzten Worte eines Satzes wiederholt. Die Kranken bilden meist möglichst kurze Sätze und bevorzugen kurze, leichte Wörter. Beim Lesen, Rezitieren, Singen, mündliche Rechenoperationen fehlt die Palilalie. Bei zunehmender Ermüdung geht die Palilalie über in ein unverständliches, hastiges, flüsternd ersterbendes Gemurmel (Tachyphemie nach Claude). Unter Scopolaminbehandlung ist die Sprache leicht, frei von Wiederholungen, die Palilalie tritt erst nach längerem Sprechen intermittierend auf und kann bei angespannter Aufmerksamkeit vom Kranken über Kommando unterdrückt werden. Bei Aussetzen des Scopolamins Steigerung der Palilalie, die der Kranke dann nur mehr schwer unterdrücken kann. — Die Pathogenese der Palilalie ist vorläufig noch unklar. Agostini möchte sie in Zusammenhang bringen mit der Erscheinung des „Bradypsychismus" und abhängig machen von Störungen regulatorischer und inhibitorischer Rindenzentren, die sich mit einer Dysfunktion untergeordneter Apparate verbinden. *Ed. Gamper* (Innsbruck).

Leschtschenko, G. D.: Das posturale und tonische Element in der Synkinese der Lider bei der epidemischen Encephalitis. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 76, H. 3, S. 506—512. 1926.

Beschreibung des Phänomens: Passiv wird ein Auge geschlossen, während das zweite Auge einen Gegenstand fixiert. Wird nun das herabgelassene Lid des ersten Auges gehoben, schließt sich das Lid des zweiten Auges infolge einer tonischen Anspannung der Ringmuskulatur des Lides. Wird dann das erhobene Augenlid des ersten Auges passiv wieder geschlossen, so erhebt sich das herabgelassene Lid des zweiten Auges; rhythmische Bewegungen sind so erzielbar. Verf. sieht das Phänomen bei allen Amyostatikern. Er gliedert es den posturalen Reflexen Sherringtons an und vergleicht es mit der Kontraktion der anderen Muskeln, die bei passiver Verkürzung eintritt. Passives Herabziehen des Orbicularis oculi schafft ebenfalls einen Verkürzungsreflex, der sich in verstärkter Kontraktion äußert, wenn man das Oberlid wieder nach oben ziehen will. Die Funktion der Lidmuskulatur ist aber eine doppelseitige; Kontraktion des Orbicularis eines Auges verursacht synergetisch eine tonische Reaktionsstellung auch im Lid des zweiten Auges. Diese kann sich (bei Hebung des Lides des ersten Auges) in einem so starken Kampf äußern, daß der Kranke außerstande ist, das Auge offen zu halten. Das zweite Moment: Lidhebung bei passivem Herabziehen des anderen Augenlides erfolgt zum Zwecke des Schutzes und der Orientierung. Vergleich mit anderen extrapyramidalen Synkinesen, in denen eine posturale Komponente mit Reflexbogen: Medulla Cerebellum-Mittelhirn vermutet wird. Das Phänomen vervollständigt die Semiotik der epidemischen Encephalitis, erleichtert in unklaren Fällen die Differentialdiagnose, gibt ein Beispiel für einen posturalen Zustand in der Sphäre der Augenlidmuskulatur; es ist fast regelmäßig in den Zuständen des Parkinsonismus.

F. Stern (Göttingen).

Šebek, Jan: Makrobasie, ein Gangtyp bei encephalitischem Parkinsonismus. Rev. v neurol. a psychiatrii Jg. 23, Nr. 1, S. 7—11. 1926. (Tschechisch.)

Bei 2 Frauen (die eine gravid) konnte Verf. ein Jahr nach dem lethargischen Stadium eine Gangstörung beobachten, welche durch übernormale Schritte charakterisiert war, eine Gangart, die der Verf. Makrobasie nennen möchte. In beiden Fällen bestand ein parkinsonistisches Syndrom, im 1. Fall hauptsächlich in Propulsion und links-

Digitized by Google

seitigem Tremor, im 2. Fall in allgemeiner Rigidität und beiderseitigem Tremor der Extremitäten bestehend. Die Gangstörung konnte auf suggestive Aufforderung oder spontane Willensanstrengung nur auf kurze Zeit aufgehoben werden, bald traten wieder die pathologisch großen Schritte auf. Verf. bringt diese Erscheinung in Analogie mit anderen postencephalitischen Störungen (Hypertonie, Sprachstörungen, Mikrographie usw.), die ebenfalls auf eine kurze Weile schwinden können, um nach Wiederholung der betreffenden Bewegung wieder automatisch hervorzutreten. Die Makrobasie wird also durch eine Störung im zentralen regulatorischen Mechanismus der automatisch-lokomotorischen Bewegungen verursacht. *Bálint* (Košice).

Urechia, C. I., et N. Elekes: Un cas de parkinsonisme encéphalitique avec autopsie. (Ein Fall von encephalitischem Parkinsonismus mit Autopsie.) Arch. gen. di neurol., psichiatr. e psicoanal. Bd. **6**, H. 3/4, S. 206—209. 1925.

20jähriger Mann. Krankheitsbeginn 1920 mit Fieber, Schlafsucht, Entwicklung starker Rigidität mit Tremor und vegetativen Begleiterscheinungen; dazu Abmagerung, Heißhunger, außerdem tonische Deviationen der Bulbi und wiederholte Unterkieferluxation infolge Rigidität der Kaumuskeln. Tod April 1924. Histologisch vorwiegend Zellbilder. Schwerste Veränderungen in Pallidum und s. nigra, deutliche Veränderungen im Nucl. Luys, den Kernen des Cinereum, ausgesprochene Veränderungen der großen Striatumzellen, unbedeutende im roten Kern, Thalamus und Rinde. Der Autor weist auf die Geringfügigkeit der entzündlichen Erscheinungen hin, die in keinem Verhältnis zur Schwere der Degenerationsvorgänge stehen. *F. Stern.*

Ottonello, Paolo: Contributo allo studio del ricambio creatinico nelle sindromi extra-piramidali da encefalite epidemica. (Beitrag zum Studium des Kreatinstoffwechsels bei den extrapyramidalen Syndromen nach Encephalitis epidemica.) (*Clin. d. malatt. nerv. e ment., univ., Sassari.*) Note e riv. di psichiatr. Bd. **13**, Nr. 3, S. 439—462. 1925.

Die an 5 Kranken durchgeführten Untersuchungen ergaben: 1. Bei den im Titel genannten Krankheitszuständen beobachtet man bemerkenswerte tägliche Schwankungen der im Urin ausgeschiedenen Kreatinkörper, ohne daß sich ein Zusammenhang mit Änderungen der Muskelhypertonie feststellen läßt. 2. Die Mittelwerte verschiedener Untersuchungen lassen ausschließen, daß bei diesen Kranken eine dauernde Vermehrung der Kreatinausscheidung vorliegt. 3. Es besteht kein direkter Zusammenhang zwischen der Intensität der Störungen des intermediären Stoffwechsels und der Verstärkung der Kreatinausscheidung. 4. Scopolamin scheint die Kreatinausscheidung mehr weniger deutlich herabzudrücken, während Adrenalin ohne Einfluß ist. *Gamper.*

Quint, L.: Psychologische Profile bei dem Parkinsonismus nach Encephalitis lethargica. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 580—592. 1925. (Russisch.)

Beim Parkinsontypus der epidemischen Encephalitis besteht eine allgemeine Abschwächung der psychischen Funktionen. Namentlich sind die Willensvorgänge, die Aufmerksamkeit und die assoziativen Fähigkeiten mitgenommen. Das psychologische Profil der großen Mehrheit der debil gewordenen Postencephalitiker hat die Struktur einer hypotonischen Demenz. In der Mehrheit der Fälle beträgt die neuropsychische Arbeitsfähigkeit der Encephalitiker 40% der Gesunden. Dem psychologischen Profil gemäß unterscheidet sich der postencephalitische Parkinsonismus von der Paralysis agitans dadurch, daß bei ersterem sich außer der psychischen Hypotonie auch eine Abschwächung der assoziativen Prozesse und der Retention zu konstatieren ist. *Kroll.*

Margulis, M. S.: Myelo-Radiculo-Polyneuritiden bei epidemischer Encephalitis. (*Babuchinsches Krankenh., Moskau.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. **89**, H. 4/6, S. 262—277. 1926.

In 3 Fällen, die durch Augenmuskelsymptome usw. als Encephalitis genügend charakterisiert waren, sah Verf. einseitige cervicobrachiale Radiculitis bzw. Neuritis gemischt mit myofibrillär-myoklonischen Zuckungen, Überwiegen der Atrophie über Lähmungen, radiculäre Sensibilitätsstörungen, trophische Störungen (Bläschen, Juckreiz), ferner Ataxie und Intentionstremor, ziemlich schneller Rückgang der Erscheinungen. Die Wurzeln müssen namentlich außerhalb der Meningen erkrankt sein, da Liquorveränderungen fehlen oder gering sind, doch ist auch das Rückenmark affi-

Digitized by Google

ziert. Die myorhythmischen und myoklonischen Zuckungen sind, worauf die Verbindung mit den myelo-radiculitischen Erscheinungen hinweist, zum Teil durch direkte Reizung der motorischen Kerne bedingt; eine diffuse Schädigung des strio-rubrospinalen Systems kommt hinzu. Auch auf die Möglichkeit der peripheren Auslösung von Hyperkinesen verweist Verf. In 2 Fällen Kombination der Encephalitis mit Polyneuritis, in 1 Fall sich auf Schmerzen und Druckpunkte beschränkend. Verf. erwägt die Möglichkeit einer lymphogenen aufsteigenden Verbreitung des Virus von der Haut aus; in 2 Fällen schloß sich die Erkrankung an Traumen der Hand an; die neuritischen Veränderungen traten im Arm der gleichen Seite auf; Verf. meint, daß die lokale Infektion eine lokale Immunität schafft, die sich dann auch auf das Hirn überträgt; hieraus erklären sich die geringen Encephalitiserscheinungen. Behandlung mit Urotropin-Electrargol intravenös und Streptokokkenvaccine. *F. Stern.*

Kasanin, J., and G. P. Grabfield: Blood sugar curves in epidemic encephalitis. (Blutzuckerkurven bei epidemischer Encephalitis.) (*Psychopathic hosp., Boston.*) Arch. of internal med. Bd. 37, Nr. 1, S. 102—109. 1926.

Untersuchungen nach einem Blutzuckertoleranztest von Janney und Isaacson, wobei 1,75 g Traubenzucker auf kg Gewicht gegeben, nach 1, 2 und 3 Stunden untersucht wird. Bestimmungen nach der Methode Folin-Wu. 17 Fälle, 4 im akuten Fieberstadium, die anderen mit psychischen Folgeerscheinungen; im ganzen 24 Bestimmungen. In den meisten Fällen liegen pathologische Verhältnisse vor, und zwar kommen ebensowohl flache Kurven mit verlängerter Hyperglykämie wie abnorm steile Kurven mit starker Glykämie vor. Eine fundamentale Störung im Zuckerstoffwechsel muß bei Encephalitis angenommen werden. *F. Stern* (Göttingen).

Hancock, Allen: The cerebro-spinal fluid in encephalitis lethargica. (Die Cerebrospinalflüssigkeit bei Encephalitis lethargica.) (*London county mental hosp., Bexley.*) Journ. of mental science Bd. 72, Nr. 296, S. 58—61. 1926.

Der normale Befund von Eiweiß, Zellen, Chlor bei vermehrtem Zuckergehalt deutet auf Encephalitis und unterscheidet diese von Meningitis tbc. *Wüllenweber.*

Auden, G. A.: Encephalitis lethargica, its psychological implications. (Psychische Erscheinungen bei Encephalitis lethargica.) Journ. of mental science Bd. 71, Nr. 295, S. 647—658. 1925.

Der Verf. bespricht die Charakterveränderungen der Jugendlichen, auf die er schon 1921 aufmerksam machte. Im Jahre 1924 konnte er unter 60 wegen psychischen Eigenarten vorgeführten Kindern allein 40 mit Encephalitis entdecken, bei denen die Diagnose wegen der verwaschenen Aufmerksymptome bisher nicht gestellt war. Im ganzen findet Verf. unter 69 Fällen 30 mal verminderte Intelligenz, 55 mal Störungen des Schlafrhythmus, 49 mal ausgesprochene Reizbarkeit, 21 mal Charakterveränderungen und moralische Defekte, 30 mal Parkinsonismus usw., 32 mal perverse Gewohnheiten wie Schnauftiks, Nasenboren usw. Die Intelligenzverminderung ist gering und wohl mehr auf mangelhaften Schulbesuch, Schläfrigkeit, Aufmerksamkeisstörungen usw. zurückzuführen. Zustand in 56 Fällen stationär oder gebessert, in 13 Fällen verschlimmert. In Anlehnung an die Vorstellungen von Head und Rivers über den Aufbau des Nervensystems führt Verf. die Störungen auf eine Unterdrückung der höheren epikritischen Kontrolle zugunsten der instinktiven protopathischen Tendenzen zurück. Zwecks Behandlung dieser Zustände ist Einrichtung von Spezialinstituten dringend notwendig. *F. Stern* (Göttingen).

Agostini, Giulio: I perturbamenti del carattere nei ragazzi affetti da encefalite epidemica cronica. Contributo clinico e medico legale. (Charakterstörungen bei an Encephalitis chronica leidenden Jugendlichen.) Ann. dell'osp. psichiatr. prov., Perugia Jg. 18, H. 4, S. 43—75. 1924.

Während bei den Erwachsenen die Encephalitis chronica gewöhnlich mit der Bradyphrenie Navilles oder mit dem Bradypsychismus Agostinis einhergeht, so wechseln bei den Jugendlichen die Störungen je nach dem Alter, in dem die Patienten erkrankten.

Digitized by Google

Bei den Kindern vor dem 7. Lebensjahre scheint im Allgemeinen nur ein mehr oder weniger schwerer Intelligenzdefekt aufzutreten, bei den Jugendlichen zwischen dem 7. und dem 19. Lebensjahr zirka (und Verf. zeigt es an der Hand von 5 Krankengeschichten) sieht man nur selten ein Intelligenzdefizit und nur leichte somatische Störungen vom Parkinsontypus während allerschwerste Charakter-, Instinkt- und Benehmensstörungen die Regel sind. Die Kranken sind wegen ihrer Impulsivität, Unruhe und Tendenz zu kriminellen Handlungen zum sozialen Leben ungeeignet. Unter allen anderen Störungen tritt eine enorme Übertreibung des Geschlechtstriebes hervor, die durch eine gleichzeitige Herabsetzung des Inhibitionsvermögens erschwert wird. Diese Inhibitionsstörung zeitigt es auch, daß die Patienten allerlei Vergehen (besonders kleine, impulsive Diebstähle) begehen, die sie oft mit der Polizei in Konflikt bringen. Jeder Arzt müßte die Störungen der jugendlichen Patienten kennen, um ihre Vergehen richtig begutachten zu können, und der Staat müßte Anstalten für diese Kranken schaffen, für die die Irrenanstalten ebenso wie die Zuchthäuser ungeeignet sind. *Enderle* (Rom).

Kfivý, Miroslav: Über psychische Störungen beim postencephalitischen Parkinsonismus und bei postencephalitischen Zuständen. Bratislavské lekárske listy Jg. **5**, Nr. 4, S. 251—268. 1926. (Tschechisch.)

Kasuistischer Beitrag mit Anführung dreier Krankengeschichten. 1. Postencephalitische Charakterveränderung bei einem 10 Jahre alten Kinde mit anfallsweise auftretenden Wutausbrüchen und Hyperkinese. Das encephalitische Virus kann auch bei hereditär nicht belasteten Kindern psychische Störungen hervorrufen. 2. Encephalitiker mit Gangstörung, welche suggestive Einwirkungen nur temporär zum Schwinden bringen. Man sollte bei jeder hysterischen oder hysteriformen Gangstörung, die lange Zeit mit der üblichen Therapie trotzt, an einen encephalitischen Prozeß denken. 3. Eine postencephalitische Psychose bei einer erwachsenen Person; kurzdauernde und abwechselnd auftretende Phasen von Manie und Depression, mit Beziehungswahnideen, Halluzinationen und Palilalie. *Bálint* (Košice).

Bloise, Nicolás Leone, und Orestes Beisso: Encephalitis lethargica bei einem dreijährigen Kind. Arch. latino-americ. de pediatria Bd. **19**, Nr. 9, S. 1086—1093. 1925. (Spanisch.)

Der 4 Jahre alte Knabe erkrankte mit Fieber und leichtem Nasenrachenkatarrh, bald auch an Schlafsucht und einer leichten Parese der Oberlider, dabei zeigten sich myoklonische Zuckungen und eine flüchtige Diplopie. Nach 8 Monaten Besserung des Zustandes, es blieb nur eine große Reizbarkeit und Launenhaftigkeit bestehen. Bemerkenswert war außer dem Alter des Kranken, daß kein sonstiges, bei der Encephalitis lethargica der Erwachsenen vorkommendes Symptom auftrat, wie Delirien, Hemiplegie, Aphasie usw. *Ganter* (Wormditt).

Pussep, L.: Zur Symptomatologie und Differentialdiagnose der Geschwülste des Corpus striatum und der Encephalitis epidemica mit Symptomen eines Hirntumors. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884 bis 1924, S. 517—525. 1925. (Russisch.)

Beschreibung von zwei Fällen, von denen in dem einen eine Encephalitis epidemica Symptome eines Hirntumors aufwies, und im anderen ein Hirntumor viel Ähnliches mit einer Encephalitis epidemica hatte. *M. Kroll* (Minsk).

Zacharčenko, M.: Die Verjüngungsoperation bei Parkinsonismus. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 574 bis 579. 1925. (Russisch.)

In einem Fall von Parkinsonismus hatte die Steinachsche Operation Besserung der Rigidität, des Zitterns, der sexuellen Potenz, der Haarfärbung zur Folge. *M. Kroll.*

Portú Pereyra, E.: Encephalomeningeale Form des cyclischen Erbrechens. Arch. latino-americ. de pediatria Bd. **19**, Nr. 10, S. 1174—1176. 1925. (Spanisch.)

5jähriger Junge bekam im Anschluß an Obstgenuß allgemeine Krämpfe, Koma und bis 48 Stunden währendes biliöses Erbrechen. Zwei ähnliche, leichtere Anfälle waren schon vordem aufgetreten. Acetonämie. Ungewöhnlich sind die Krämpfe. *Pfister* (Berlin-Lichtenrade).

Bonaba, José, und Juan José Leunda: Akute tödliche Encephalitis im Verlaufe von Keuchhusten (2 Fälle). Arch. latino-americ. de pediatria Bd. **19**, Nr. 10, S. 1170 bis 1173. 1925. (Spanisch.)

Bei zwei etwa 3 Jahre alten Kindern traten im Verlauf des Keuchhustens allgemeine Konvulsionen auf, die mehrere Stunden dauerten und tödlich endeten. Die

Digitized by Google

Sektion des einen Falles ergab eine Encephalitis congestiva. Verf. empfiehlt prophylaktisch gegen die gefährlichsten Keime von der Impftherapie Gebrauch zu machen. *Ganter* (Wormditt).

Cordes, Wilhelm: Ein Beitrag zur Therapie der cerebralen Malaria. (*Hosp. d. Unit. fruit comp., Banes, Cuba.*) Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. **30**, H. 3, S. 99—104. 1926.

Die akute cerebrale Malariaintoxikation zeigt sich in Somnolenz und Krämpfen mit Schaum vor dem Mund; die Gliedmaßen sind an den Leib gezogen, die Muskeln starr, die Atmung ist schnarchend, die Cornealreflexe fehlen, Fieber 39—40°, Milz zuweilen fühlbar, zuweilen Fieber bis 42°, heftige Erregung, tobsuchtsartige Anfälle (delirante Form). Prognose stets zweifelhaft. Therapie: Chinin intravenös, unmittelbar daran Druckentlastung des Gehirns durch Ablassen des Liquor cerebrospinalis; hierdurch soll der Hirndruck und die Zirkulationshemmung beseitigt und dem Gehirn frisch chininisiertes Blut zugeführt werden, denn das dem Schädelraum entnommene Liquorvolumen muß durch Blut aus dem Kreislauf ersetzt werden. Der gewöhnlichen Lumbalpunktion ist die zisternale Punktion vorzuziehen. Von 14 Fällen kamen 3 ad exitum (2 komatöse, 1 deliranter), die übrigen genasen nach der Chinin-Liquorpunktionstherapie. Häufig wurde nach Abklingen des komatösen Zustandes eine akute Psychose beobachtet. *Kurt Mendel.*

Higier, Henryk: Zur Klinik der tropischen perniciösen Hirnmalaria. (Meningoencephalitis haemorrhagica malariae.) Polska gazeta lekarska Jg. **4**, Nr. 38, S. 807 bis 810. 1925. (Polnisch.)

Die Hirnmalaria pflegt aufzutreten gleichzeitig, unmittelbar nach und anstatt des Malariaanfalles, pflegt mit dem Anfall zu schwinden, ihn zu überdauern evtl. auch als permanentes Ausfallssyndrom nachzubleiben. Die Nervensymptome können mit dem Erstlingsfieber eintreten, sich bemerkbar machen, nachdem bereits einige Fieberanfälle vorausgegangen sind, erst bei einem späteren Recidiv oder Rückfällen zustande kommen, nur bei einem einzigen Anfall auftreten oder recidivieren (Strauss). Was in den ganz eigenartig verlaufendem Fall unzweifelhafter Hirnmalaria des Verf. Beachtung verdient, ist folgendes: 1. Der insultartige Beginn der Krankheit mit einem Bilde, das nur bei schweren Hirnblutungen zur Beobachtung zu gelangen pflegt. 2. Der blutige Liquor, der eine sog. spontane Subarachnoidalapoplexie, richtiger Hämatoma arachnoideae (als Analogon der Haematoma durae) ausgezeichnet vortäuschte. 3. Die cerebrospinale Flüssigkeit, deren Bodensatz bei der Methode des Dicktropfens plasmodienhaltig war (Ringstadium des Plasmodium tropicum falciforme), wies positive WaR. auf, trotzdem das Blut bei wiederholter Untersuchung des nichtluetisch, hier und da atypisch fiebernden Patienten nichts Pathologisches ergab. 4. Das foudroyante klinische Bild, in dem die ersten Tage tonische Karmpfanfälle mit enormer Steigerung der normalen und pathologischen Haut- und Sehnenreflexe, die letzten Tage komplette Akinesie, Areflexie und croupöse Pneumonie wahrscheinlich embolisch-malarischer Herkunft vorherrschten. 5. Der Nachweis im Liquor der perniciösen sog. tropischen Plasmodiumform bei einem jungen Herrn, der nie seine mitteleuropäisch gelagerte Geburtsstadt (Warschau) verließ, was aufs neue beweisen dürfte, daß die „tropische" Form auch in außertropischen Ländern endemisch vorkommt und deswegen eher „exotisch" genannt werden sollte. 6. Der Fall endigte letal. Zur richtigen Zeit diagnostiziert, durch ausgiebigen Aderlaß und intensive Chininapplikation behandelt, könnte vielleicht auch ein verzweifelter Fall gerettet werden. *Higier* (Warschau).

Hirngeschwulst, Hirnabsceß:

Critchley, Macdonald: Brain tumours in children: Their general symptomatology. (Allgemeine Symptomatologie der Hirntumoren bei Kindern.) (*Nat. hosp. f. the paralysed a. epileptic, London.*) Brit. journ. of childr. dis. Bd. **22**, Nr. 262/264, S. 251 bis 264. 1925.

Bericht über 125 im Laufe von 14 Jahren beobachtete Fälle von Hirntumoren

Digitized by Google

bei Kindern. Die Gesamtzahl der Fälle von Hirntumoren in diesem Zeitraum betrug 1028, so daß die Fälle im Kindesalter 8,2% ausmachen. In den ersten 36 Lebensmonaten wurden nur 3 Fälle beobachtet, dann stieg die Zahl der Fälle allmählich an, um vom 8. Lebensjahre ab ziemlich konstant zu bleiben. Subtentoriale Tumoren überwogen auffällig: 59 Fälle (47,2%) lagen im Kleinhirn oder in der Brücke. Das jüngere und höher entwickelte Telencephalon neigt offenbar weniger zu Geschwulstbildungen. Am häufigsten fanden sich Tuberkel (mit cerebello-pontinem Prädilektionssitz), dann folgen Gliome, an 3. Stelle stehen Sarkome; seltener sind Gummigeschwülste, Endotheliome und Neurofibrome. — Von den Symptomen des Hirntumors sind Kopfschmerzen, Erbrechen und Stauungspapille die bekanntesten. Die Kopfschmerzen fehlen fast nie im Bilde des Hirntumors, sie sind besonders ausgesprochen bei schnellwachsenden Neubildungen. Die Seite der Kopfschmerzen gewährt keinen Anhaltspunkt für die Lokalisation des Tumors. Bei Hypophysengeschwülsten wird der Schmerz häufig in der Schläfengegend angegeben, Kleinhirntumoren machen ebenso häufig Stirnkopfschmerzen wie Schmerzen im Genick. Hypertonische Salzlösungen rektal oder intravenös besserten gewöhnlich die Kopfschmerzen. — Mitunter kann man beobachten, daß bei den Kindern der Kopfschmerz plötzlich verschwindet und auch das Erbrechen aufhört; gleichzeitig setzt Blindheit ein, der Schädel zeigt eine auffällige Vergrößerung. Dieser Vorgang beruht auf einem plötzlichen Auseinandergehen der Nähte und stellt eine Art Selbstentlastung dar. — Das Erbrechen ist ein weniger konstantes Symptom und kann besonders bei langsam wachsenden Tumoren vermißt werden. Daß bei cerebralem Erbrechen Übelkeit fehlt, ist keineswegs die Regel. Stauungspapille findet sich in 80% der Fälle. Sie tritt bei subtentorialen Geschwülsten früher und intensiver auf. Der Übergang in Atrophie erfolgt bei Kindern schneller als bei Erwachsenen. Da die allmähliche Verschlechterung des Sehvermögens von Kindern nicht immer beachtet wird, kommt es in vielen Fällen zu scheinbar plötzlicher Erblindung. Einseitige Stauungspapille bei Atrophie des anderen Opticus ist von lokalisatorischem Wert und spricht für einen Tumor an der Unterfläche der Frontal- oder Temporo-Sphenoidalregion. Bei Hirntumoren im Kindesalter kommt es mitunter ein- oder zweimal zu Monate bis Jahre anhaltenden Remissionen; in solchen Fällen besteht ein Verdacht auf cerebello-pontine Tuberkel. *Taterka* (Berlin).

Elsberg, Charles A.: Remarks on the gross and microscopical structure of tumors of the central nervous system, with special reference to malignancy, metastases, recurrences after removal, and removability. (Bemerkungen über die grobe und feinere Struktur von Hirntumoren mit besonderer Berücksichtigung ihrer Malignität, der Metastasen, der Rezidive nach Operation und ihrer Operabilität.) Proc. of the New York pathol. soc. Bd. 25, Nr. 1/5, S. 48—56. 1925.

Verf. unterscheidet bei Endotheliomen, die er von bei der Trennung der Pachy- und Leptomeninx in erstere verlagerten Mutterzellen letzterer ableitet, solche mit fester Kapsel und solche ohne Kapsel. Merkwürdigerweise sollen erstere histologisch die maligneren sein. Unter den extramedullären Spinaltumoren des Verf. waren $^2/_3$ Endotheliome, zumeist die eingekapselte Form, $^1/_3$ Neurofibrome. Intravertebrale Tumoren, die sich sekundär bei extravertebralen oder Hirngeschwülsten entwickeln, sind blutreicher als die primären Tumoren. Rezidivgeschwülste nach Entfernung von Rückenmarkstumoren, die Verf. dreimal erlebte, sind zellreicher und stromaärmer als das Primärgewächs. Subcorticale, infiltrierend wachsende Tumoren können, wenn sie die Oberfläche erreichen, hier gut abgegrenzt erscheinen, was bei Operation zur irrtümlichen Annahme der Ausschälbarkeit führt. Von Radiotherapie hat Verf. nie etwas Gutes gesehen.

Aussprache: Ewing hat doch in 3 Fällen gute Erfolge der Radiotherapie beobachtet. — **Globus:** Die moderne Einteilung der Gliome gibt auch für Prognose und Therapie Anhaltspunkte. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Digitized by Google

Timmer, A. P.: Ein Fall von Lipombildung in den weichen Hirnhäuten an der Basis cerebri. (*Prov. ziekenh., Santpoort.*) Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 2. Hälfte, Nr. 25, S. 2782—2788. 1925. (Holländisch.)

Bei der Obduktion eines Geisteskranken fand sich im Gehirn ein erbsengroßes Lipom, das den Corpora mamillaria anlag und diese zum Teil bedeckte. Es war ganz von der Leptomeninx umhüllt. Das Hirn zeigte makroskopisch keine Abweichungen. Aus der Literatur ergibt sich, daß diese — ziemlich seltenen — Geschwülste nie in der Hirnmasse selbst angetroffen werden, immer klein, meist rund sind und immer im Gebiet um den Hirnstamm herum liegen. Über die Art ihres Ursprunges herrscht keine Übereinstimmung. Daß in vielen Fällen von Psychosen diese Lipome beobachtet werden, liegt wohl hauptsächlich daran, daß bei Geisteskranken öfters als bei Gesunden das Gehirn seziert wird.

V. Lehmann und *E. Loewy-Hattendorf* (Berlin).

Stiefler, Georg: Anatomischer Befund in zwei Fällen von Steigerung des Grundgelenkreflexes mit gleichzeitigem Zwangsgreifen bei Stirnhirnbalkentumor. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. **89**, H. 4/6, S. 161—178. 1926.

Erhöhung des Grundgelenkreflexes kommt zum Ausdruck in ungewöhnlich raschem Eintritt der Daumenbewegung und in einer Erweiterung des Erfolgs- und Auslösungsgebietes, ersteres in Gestalt von Flexion der End- und Mittelphalangen der Finger und einer besonders kräftigen Volarflexion der Hand, ja in Kontraktion des M. brachioradialis, letzteres insofern der Reflex auch durch Beugung des Mittelgelenks eines Fingers erzielbar ist. Eine solche Steigerung ist bei Meningitis beobachtet worden, ohne daß über den Zusammenhang hier Sicheres ausgesagt werden könnte. Interessanter sind die Fälle von Herderkrankungen, die dies Symptom zeigen. 3 derartige Fälle, 2 von C. Mayer, 1 vom Verf. beobachtet, zeigten gleichzeitig das von Schuster beschriebene Zwangs- und Nachgreifen. Im 1. Fall Mayers lag ein bioptisch festgestellter Tumor des linken Stirnhirns vor, im 2. — Sektionsfall — ein zentral zerfallenes „Gliosarkom" im vorderen Balken, dem ventralen Abschnitt des Stirnhirnmarks r. und dem Schweifkernkopf und Putamen, im Fall des Verf. (ebenfalls Sektion), in welchem die Steigerung des GGR. rechts erheblicher als links war, das Zwangs- und Nachgreifen nur rechts und außerdem eine idiokinetische Apraxie links bestand, ein „Gliosarkom", das das tiefe Mark und die medialen Abschnitte des l. Stirnlappens bis zur Oberfläche sowie den dorsalen Teil des Balkenknies und die Knieausstrahlung zur l. Hemisphäre einnahm und den rechten Stirnlappen komprimierte. Verf. nimmt einen inneren pathophysiologischen Zusammenhang zwischen Steigerung des GGR. und Zwangsgreifen an, zumal bei letzterem die Muskeln des Faustschlusses besonders beteiligt sind, ersterer Reflex andererseits der Greifbewegung dient. Der GGR. ist nach den neuen Untersuchungen Mayers nicht in die Rinde, sondern subcortical, wahrscheinlich spinal zu lokalisieren. Seine Steigerung könnte ebenso wie das Phänomen Schusters durch eine Enthemmung einer subcorticalen Reflexübertragungsstelle bedingt sein. Wenn dem roten Kern eine tonisierende Wirkung auf die Beuger zukommt, so kann seiner Verbindung mit dem Cortex (präfrontale Region und Regio centroopercularis) eine Zügelung dieses fördernden Einflusses zugeschrieben werden. *Fr. Wohlwill.*

Marchand, L., et P. Schiff: Tumeur cérébrale (glioblastome) avec syndrome psychasthénique initial. (Hirntumor [Glioblastom] mit initialen psychoneurotischen Symptomen.) Encéphale Jg. **21**, Nr. 2, S. 121—127. 1926.

40jähriger Mann wird im Juli 1923 wegen „psychischer Schwäche, gelegentlich auftretender Urininkontinenz und Zitteranfällen mit Neigung zum Umfallen" aufgenommen. Seit $1^1/_2$ Jahren allgemeine Müdigkeit, zunehmendes Nachlassen der geistigen Aktivität, Depression, daneben neurotische Symptome: Zweifel- und Ordnungssucht, Angstzustände, intellektuelle Ermüdbarkeit, Abulie, Zwangshandlungen, Befürchtungen, entlassen zu werden und seine Familie im Elend zurückzulassen. Vom Hausarzt 1 Jahr als „Neurastheniker" behandelt. — Familienanamnese o. B., vor allem keine neurotische Belastung. Früher besonders energisch und gleichmäßig gewesen. Objektiver Befund: unregelmäßig auftretendes, feinschlägiges Zittern der Arme; zögernder Gang; Herabsetzung der groben Kraft ohne eigentliche Paresen. Puls 60. Linker Opticus hyperämisch? Liquordruck erhöht; Reaktionen o. B. Urininkontinenz. Typisch cerebrales Erbrechen. Psychisches Verhalten wie in der Anamnese geschildert. Diagnose: Hirntumor. Arsenbehandlung bessert zunächst, dann schnelle Verschlechterung:

Digitized by Google

Zunehmende Kopfschmerzen, Apathie, Anämie, Orientierungsstörung, schließlich generalisierte Krampfanfälle. Oktober 1923: Entlastungstrepanation über der r. Frontalgegend: kein Tumor gefunden. Nach vorübergehender Besserung allmählicher Verfall. Während der nächsten 5 Monate bis zum Exitus Februar 1924 keine Optikusveränderungen, keine Lähmung, dagegen gehäufte Krampfanfälle unter Fortbestehen der psychischen Störungen. — Autopsie: Vom Balkenknie ausgehender weicher Tumor, der in die beiderseitigen Stirnlappen hineingewachsen ist und die Frontalteile beider Seitenventrikel komprimiert. In der linken Hemisphäre sind Vorderteil des Candatum, Putamen und vorderes Thalamus-Drittel neoplasmatisch verändert. Linke Stirnwindungen verstrichen, sehen gekörnt aus. Histologisch: Gliosarkom.

Hirntumoren können lange Zeit mit ausschließlich psychoneurotischen Symptomen einhergehen. Der Tumor des vorliegenden Falles ist ein Glioblastom, bei dem sich die scheinbar heterogenen Geschwulstformen Gliom (Astrocyten) und Sarkom (Astroblasten) oft im selben Schnitt mit allen möglichen Zwischenstufen zusammen finden.

Pinéas (Berlin).

Laruelle, Léon: Tumeur calcifiée du carrefour orbito-sphénoïdal. (Verkalkter Tumor des Carrefour orbito-sphénoidal.) Journ. de neurol. et de psychiatrie Jg. 25, Nr. 12, S. 798—800. 1925.

Progredienter, nicht pulsierender Exophthalmus rechts seit 20 Jahren. Blindheit, Augapfel unbeweglich und ohne Gefühl, N. opticus seit langem atrophisch. Röntgenbild zeigt Kalkablagerung in Höhe der Sella turcica, insbesondere an ihrer hinteren Partie. Neuralgien im rechten Trigeminus (besonders im 1. Ast), Anästhesie im ganzen Trigeminusgebiet rechts, Anosmie rechts, Anfälle von Schwäche mit Hinfallen, später mit Bewußtlosigkeit, stereotypen Bewegungen und leichten Sprachstörungen. Kein Hypophysensymptom. Blut und Liquor negativ. Röntgenbild zeigt jetzt eine Verdunkelung im rechten Sinus sphenoidalis und in der hinteren Partie der Orbita. Diagnose: Tumor rechts von der Sella turcica, hinter der Fissura sphenoidalis (Tumor des antero-internen Winkels der mittleren Fossa cerebralis, des Carrefour orbito-sphenoidalis). *Kurt Mendel.*

Hofmann, Lotar: Beiträge zur Lehre von den otogenen Schläfelappenabscessen. (*Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkrankh., Wien.*) Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 14, H. 1/2, S. 93—126. 1926.

Verf. hat bereits in einer früheren Arbeit festgestellt, daß die otogenen Schläfelappenabscesse fast alle nach Lokalisation und Ausdehnung einem bestimmten Typus angehören. Den damals verwerteten 6 Fällen schließt er jetzt 6 neue an, von denen er 3 in Serienschnitten untersuchen konnte. Er fand hierbei seine früheren Befunde bestätigt und kann nunmehr auf Grund der 12 Fälle als typisch hintstellen, daß diese Abscesse von der Hirnbasis über dem Tegmen ihren Ausgang nehmen und von hier nach medial aufwärts gegen das Unterhorn sich erstrecken. In einem Fall bestand der Absceß aus 2 Abteilungen, von denen die hintere vollkommen diesem Grundtypus entsprach, während die vordere nach vorn bis zum Schläfenpol reichte (gewöhnlich reichen sie nach vorn nur bis zur Höhe des vorderen Unterhornendes) und mehrere Buchten — durch entzündete Marksubstanz voneinander getrennt, zum Teil auch durch einspringende Rindenzüge — bildete, die auf dem Querschnitt multiple Abscesse vortäuschten, wobei Konfluenz aus mehreren Abscessen auch nicht auszuschließen war. Ganz abweichend verhielt sich ein Fall, in dem der Absceß nicht wie sonst von der Oberfläche seinen Ausgang nahm, sondern zentral im Marklager des Schläfelappens gelegen war; daran schloß sich nach der Basis sowie nach dem Unterhorn zu eine Zone entzündlich erweichter oder nekrotischer Mark- und Rindensubstanz. Verf. nimmt hier mit Wahrscheinlichkeit metastatisch-embolische Vorgänge an, da er den Absceß gegenüber der „Encephalitis" als den älteren Prozeß betrachtet, was vielleicht nicht ganz zwingend ist. Alle Abscesse zeigten einen ziemlich malignen, progredienten Charakter. Dem entsprechend überwogen die destruktiven und exsudativen Prozesse über die proliferativen. Eine ausgesprochene Kapselbildung fand sich nur in 2, ein Ansatz dazu nur in 3 Fällen. Wo vorhanden, bedeutet sie auch keinen sicheren Schutz gegen Progredienz, nicht einmal gegen Ventrikeldurchbruch. Ein solcher fand sich in 6 von den 12 Fällen.

Fr. Wohlwill (Hamburg).

Digitized by Google

Smith, S. Mac Cuen: Three cases of otitic brain abscess. (Drei Fälle von otitischem Hirnabsceß.) Ann. of otol., rhinol. a. laryngol. Bd. 34, Nr. 4, S. 1109—1120. 1925.

3 Fälle von Hirnabsceß otogenen Ursprungs mit letalem Ausgang. Der Absceß lag einmal cerebello-pontin, in 2 Fällen temporo-sphenoidal. Wenn der Hirnabsceß auch häufiger die Folge einer chronischen Ohraffektion ist, so sieht man ihn doch nicht allzu selten bei akuten Ohreiterungen. Neben den bekannten allgemeinen und lokalen Erscheinungen erblickt der Verf. in auffälligen Veränderungen des Charakters und der Stimmungslage einen wertvollen diagnostischen Hinweis. Auch die Senkung der Puls-, Temperatur- und Atmungskurve spricht für intrakranielle Eiteransammlung. *Hans Taterka* (Berlin).

Siegmeister, Wm.: Temporosphenoidal abscess and mastoiditis of doubtful origin. (Schläfenlappenabsceß und Mastoiditis zweifelhaften Ursprungs.) Laryngoscope Bd. 35, Nr. 10, S. 787—790. 1925.

Bei einer 31jährigen Frau traten nach einem Karbunkel in der Lendengegend Eiterungen an den oberen Schneidezähnen und am rechten Mittelohr auf, 8 Wochen später Somnolenz, Hirndruckerscheinungen und linksseitige Py-Symptome. Operation ergab Eiterung im rechten Proc. mast., unter dem M. temporalis, in der Schläfenbeinschuppe und in großer Ausdehnung außerhalb der Dura. Post mortem fand sich dann noch ein großer Absceß im Schläfenlappen. Alle 4 Abscesse standen miteinander in Kommunikation. Es wird angenommen, daß primär ein metastatischer Absceß im Temporallappen entstanden ist, der dann nach außen durchbrach; da der Eiter Staphylokokken enthielt, wird die Eiterung als Metastase vom Karbunkel her aufgefaßt. *W. Misch* (Berlin).

Shuster, Benjamin H.: A case of chronic purulent otitis media with several intracranial complications. (Ein Fall von chronisch eitriger Mittelohrentzündung mit verschiedenen intrakraniellen Komplikationen.) Laryngoscope Bd. 35, Nr. 9, S. 680 bis 686. 1925.

35jähriger Mann mit latenter Lungentuberkulose und beiderseitiger chronischer Mittelohreiterung erkrankt nacheinander an verschiedenartigen Hirnerscheinungen und stirbt an Hirnabsceß. Die Schwierigkeit für die Diagnose und die einzuleitende Behandlung lag in der Geringfügigkeit und Undeutlichkeit der Herdsymptome sowie in der Doppelseitigkeit des Ohrleidens. *Alfred Schreiber* (Hirschberg i. Schl.).

Polisar, J. M.: Brain abscess, sinus thrombosis and meningitis complicating acute mastoiditis; a clinical study of two cases. (Hirnabsceß, Sinusthrombose und Meningitis als Komplikationen einer akuten Mastoiditis; klinische Studie über 2 Fälle.) Laryngoscope Bd. 35, Nr. 10, S. 782—787. 1925.

Bei dem ersten Fall waren im Anschluß an eine linksseitige akute Mastoiditis Sinusthrombose und Schläfenlappenabsceß aufgetreten. Auffallend war das kombinierte Auftreten beider Komplikationen; da eine Kommunikation zwischen Proc. mast. und Gehirn nicht nachzuweisen war, wird angenommen, daß der Absceß metastatisch war. Bei dem 2. Fall waren, im Anschluß an eine rechtsseitige Mastoiditisoperation, 10 Tage später hohes Fieber und nach 14 Tagen Hirndruckerscheinungen, meningitische und Py-Symptome aufgetreten. Die Obduktion ergab einen etwa den halben Schläfenlappen einnehmenden Absceß, ausgehend von einer eitrigen Nekrose des der Paukenhöhle anliegenden Schläfenlappenteiles und einer benachbarten, erbsengroßen Nekrose in der Schläfenschuppe. Aus der Größe des Abscesses wird geschlossen, daß er schon lange vor der Operation bestand, daß aber die Hirnsymptome erst nach derselben auftraten, weil durch die Operation der Eiterabfluß aus der Schädelhöhle unterbunden wurde. *W. Misch* (Berlin).

Trutnev, W.: Über Hirnabscesse otogenen Ursprungs. Russkaja oto-laringologija Jg. 1925, Nr. 4, S. 288—298. 1925. (Russisch.)

Bericht über den klinischen Verlauf und operativen Eingriff in 2 Fällen des Hirnabscesses otogenen Ursprungs. In beiden Fällen war eine ausgesprochene Stauungspapille, die sich bei einem von diesen Patienten sehr bald nach der Operation zurückgebildet hat. Die Lokalisation war im ersten Falle mit großer Wahrscheinlichkeit im linken Temporallappen vermutet. Dafür sprachen die leichte rechtsseitige Hemiparese, die wenn auch unsicheren Zeichen einer Aphasie und die einseitige, und zwar linksseitige Otitis media purulenta. Im 2. Falle war das klinische Bild komplizierter und die Lokaldiagnose viel schwieriger. Verf. betont die Vorzüge des operativen Eingriffes durch den Processus mastoid., da auf diesem Wege die Auffindung der Eiteransammlung bedeutend erleichtert wird. Beide Patienten sind nach einem Monat als geheilt entlassen. *L. Arinstein* (Charlottenburg).

Büch, E.: Kasuistischer Beitrag zum Kapitel: Sensorische Aphasie bei otogenem Extraduralabsceß in der linken mittleren Schädelgrube. (*Städt. Krankenanst., Essen.*) Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 13, H. 3, S. 351—352. 1926.

32jähriger Mann mit linksseitiger Otitis media erkrankte plötzlich mit unerträglichen

Digitized by Google

Kopfschmerzen, die vom linken Ohr zur Stirn hin ausstrahlten. Leichte Benommenheit und Erbrechen. Wortamnesie und Paraphasie. Am Augenhintergrund außer leichter Stauung der Venen nichts Pathologisches. Keine Oculomotoriuslähmung. Bei der Operation wurde außer einer Caries des Warzenfortsatzes ein extraduraler Abscess gefunden, aber kein Hirnabsceß. Die Krankheitserscheinungen besserten sich, und der Hirnprolaps, der sich nach der Operation gebildet hatte, ging zurück. *Sittig* (Prag).

Bregman, L. E., und T. Simchowicz: Eitrige Meningitis im Frühstadium des Gehirnabscesses. Polska gazeta lekarska Jg. 5, Nr. 3/4, S. 50—51. 1926. (Polnisch.)

5jähriges Kind. Links akute Mittelohrentzündung. Nach 2 Wochen 38°, Kernig, Opisthotonus, intensive Scheitelschmerzen links, Apathie, Liquor trübe, steril, reichlich mehrkernige Leukocyten enthaltend. Nach Antimeningokokkenserum deutliche Besserung und Reinigung des Liquors, der später statt 800 Leukocyten 100 Lymphocyten aufwies. Nach etwa 10 Tagen Verschlechterung des Zustandes, doppelseitige Stauungspapille, Erbrechen, Synkopeanfälle mit Atmungsstörungen. Nach wiederum 10 Tagen Bradykardie, Blutleukocytose, schwache Pupillenreaktion. Bei der Autopsie fand sich in dem parieto-temporalen Lappen ein ziemlich großer, gut umgekapselter Absceß.

Neumann und Engliton glauben mit Unrecht, daß trüber und steriler Liquor, auch mehrkernige Leukocyten enthaltender, für komplizierten Hirnabsceß spreche, dagegen behauptet u. a. Karborski, die c. s. Flüssigkeit sei rein bei unkomplizierten Hirnabscessen, trübe bei mit Meningitis kombinierten. Auffallend bleibt in den geschilderten Fällen das objektive und subjektive Zurückgehen der Meningealerscheinungen und das spätere Auftreten der Erscheinungen seitens des Abscesses, der ad exitum führte. *Higier* (Warschau).

Adam, James: Note on the connection of brain abscess with bronchiectasis. (Über Verbindung von Hirnabsceß mit Bronchiektasie.) Journ. of laryngol. a. otol. Bd. 41, Nr. 2, S. 93. 1926.

Häufige Ursache von Bronchiektasien ist eine Sinusitis, die in den meisten Fällen übersehen wird. Metastatische Hirnabscesse bei Bronchiektasie sind wahrscheinlich ebenfalls durch die Sinusitis und nicht durch den Lungenprozeß bedingt. Prädilektionssitz der metastatischen Abscesse ist das Stirnhirn der linken Hemisphäre. In allen Fällen von Bronchiektasie sollten die nasalen Sinus genau untersucht werden. 2 Fälle des Verf. hatten neben der Bronchiektasie sowohl einen Hirnabsceß wie eine Sinusitis. *Taterka* (Berlin).

Arnoldson, Nils, et C. G. Boström: L'abcès cérébral d'origine rhinogène. Contribution casuistique. (Der Hirnabsceß rhinogenen Ursprungs. Kasuistischer Beitrag.) Acta oto-laryngol. Bd. 8, H. 3, S. 339—347. 1925.

Sehr ausführliche Mitteilung eines Falles. Operation. Heilung. *Kurt Mendel.*

Kleinhirn, Vestibularapparat, hereditäre familiäre Ataxien:

Ley, R. A.: Forme atypique d'atrophie cérébelleuse ayant évolué en syndrome rigide. (Atypische Form cerebellarer Atrophie mit Entwicklung eines rigiden Syndroms.) (*Hôp. Salpêtrière, Paris.*) Arch. internat. de méd. exp. Bd. 1, H. 2, S. 277 bis 299. 1924.

Sehr beachtenswerte Mitteilung. Bei einem früher stets gesunden Manne entwickelte sich vom 49. Lebensjahre angefangen, allmählich im Verlauf von 10 Jahren ein typischer cerebellarer Symptomenkomplex: schwere Gleichgewichtsstörung, mäßige Dysmetrie, Nystagmus, skandierende Sprache. Allmählich änderte sich aber das Bild und schließlich bestand eine allgemeine Rigidität, verbunden mit Zittererscheinungen und Bewegungsverarmung ein Bild, das in allen Einzelheiten einem Parkinson glich. Erscheinungen von seiten der Pyramidenbahn fehlten dauernd. Anatomische Untersuchung: Hochgradige Atrophie des Kleinhirns, die besonders stark den Wurm und den Lob. quadrang. super. betrifft. Purkinjezellen in den am meisten affizierten Gebieten vollständig ausgefallen, in den besser erhaltenen Regionen an Zahl vermindert. Körnerschichte stark gelichtet, verschmälert, an manchen Stellen Körner überhaupt verschwunden. Faserkörbe der Purkinjezellen gut erhalten. Nucleus dent. atrophisch, an Zellen und Fasern verarmt. Die Dachkerne scheinen an der allgemeinen Atrophie teilzunehmen. Starker Faserausfall in den Markstrahlen und im Marklager. Rückenmark zeigt im Cervicalanteil eine leichte Aufhellung im Seitenstrang beiderseits. Oblongata: Starke Atrophie beider Oliven, deren Zellen und Markfasern fast völlig geschwunden sind. Deutliches Degenerationsfeld in der mittleren Partie beider Restiformia. In der Brücke sind die ponto-cerebellaren

Digitized by Google

Fasern in voller Degeneration, aber auch die Pyramiden zeigen in ihren äußeren oberen und inneren unteren Partien Degenerationserscheinungen. Auffallenderweise fanden sich in der Brückengegend und nur hier perivasculäre Lymphocyteninfiltrate. Pes pedunc. deutlich atrophisch, links mehr als rechts. Die Zellen der Substantia nigra sind an Zahl sehr reduziert, reichliches, zum großen Teil in Abräumzellen aufgenommenes Nigrapigment. Roter Kern ohne gröbere Atrophie. Thalamus und Stammganglien zeigen völlig normale Verhältnisse. — In Anbetracht des histologischen Befundes registrierte der Autor seine Beobachtung als einen Übergangsfall zwischen später Cerebellaratrophie und olivo-ponto-cerebellarer Atrophie. In der Erörterung der klinischen Erscheinungen verlegt Le y das Hauptgewicht auf die Deutung der eigentümlichen Tonusverhältnisse: während der langdauernden ersten Phase mit den klassischen cerebellaren Erscheinungen bestand keinerlei Hypotonie, in der Schlußphase eine sich rasch entwickelte allgemeine Starre, und zwar Streckung des Rumpfes, Beugung des Kopfes, der Vorderarme und der unteren Gliedmaßen, während die Finger in Streckstellung waren. Zur Deutung dieses Erscheinungswechsels beruft sich L. auf die experimentellen Ergebnisse Bremers, nach welchen das Kleinhirn einen hemmenden Einfluß auf die Strecker ausübt; im vorliegenden Falle soll durch den fortschreitenden atrophischen Prozeß schließlich das Kleinhirn völlig aus seinen Verbindungen mit der Oblongata und dem Mittelhirn ausgeschaltet worden sein und dieser völlige Ausfall des cerebellaren Einflusses soll die Starre und die charakteristische Körperhaltung bedingt haben. Auf jeden Fall zeige die Beobachtung, daß es nicht angeht, das anatomische Substrat rigider Zustände ausschließlich in den Stammganglien zu suchen. (Ref. kann gegen die vorgebrachte Deutung des nach jeder Richtung interessanten Falles gewisse Bedenken nicht unterdrücken. Der Zelluntergang in der Substantia nigra mit starker Pigmentausschüttung in Zusammenhang mit den Infiltrationserscheinungen in der Brückengegend legen die Vermutung nahe, daß bei dem Kranken zu dem alten, schleichend verlaufenden cerebellaren Prozeß eine komplizierende Encephalitis epidemica hinzutrat. Auf jeden Fall geht es nicht an, die Rigorerscheinungen aus der Kleinhirnausschaltung zu erklären, man wird vielmehr in erster Linie an eine nigrale Starre denken. Dabei bleibt immer noch die Tatsache höchst wichtig, daß trotz der Kleinhirnausschaltung, die eine Hypotonie erwarten ließe, ein Rigor durch den Ausfall der Subst. nigra zustandekommen kann.) *Ed. Gamper.*

Fremel, F.: Zur Frage der Morphologie und des Wachstums der Kleinhirnabscesse. (*Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkrankh., Wien.*) Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **14**, H. 1/2, S. 68—76. 1926.

9 Kleinhirnabscesse wurden in Serien geschnitten und dabei folgendes festgestellt: Der Absceß beginnt als eine flächenhafte Entzündung, die von der meist kleinen umschriebenen Überleitungsstelle an der vorderen Hemisphärenkante sich nach hinten über die ganze Hemisphäre erstreckt. Sie liegt dabei — der Hemisphäre wie eine Schale aufsitzend — unmittelbar unter der oberen, selten seitlichen Rindenschicht, in die sie mit den Markblättern eindringt. Später kommt es zur Einschmelzung und zu einem eitererfüllten Abscßspalt. Diese Lokalisation erklärt Verf. durch die ungünstige Gefäßversorgung der genannten Zone, während Rinde und tiefes Hemisphärenmark reicher vascularisiert sind. Die Bevorzugung der oberen Kleinhirnfläche hängt damit zusammen, daß von der typischen Überleitungsstelle — der hinteren Antrumwand, dem Bogengangsapparat und dem Hiatus subarcuatus — hierhin der kürzeste Weg ist. Zwei Ausnahmen von dieser Regel konnte Verf. untersuchen: in einem Fall war der spaltförmige Absceß unter der unteren Rindenschicht gelegen. Hier fand sich die Überleitungsstelle an der Basis der Kleinhirnhemisphäre, in einem anderen saß die Höhle mitten im Marklager, etwa dem Gebiet des Nucl. dentatus entsprechend. Die Überleitungsstelle war hier nicht festzustellen. Da aber das genannte Gebiet von der A. corporis dentati, einem Zweig der A. cerebelli infer. anter., versorgt wird, so kann man annehmen, daß die Entzündung sich längs genannter Arterie ausgebreitet hat, was einer Überleitungsstelle weit medial am Felsenbein entsprechen würde.

Fr. Wohlwill (Hamburg).

Lund, Robert: Observations au sujet de deux cas d'abcès cérébelleux opérés d'après la méthode de Lemaître. (Beobachtungen an 2 nach der Methode von Lemaître operierten Kleinhirnabscessen.) (*Hôp. municip., Copenhague.*) Arch. internat. de laryngol., otol.-rhinol. et broncho-oesophagoscopie Bd. **5**, Nr. 2, S. 129—138. 1926.

Der cerebrale oder cerebellare Ohrabsceß ist nur selten kompliziert durch einen Subduralabsceß, der subdurale Ohrabsceß verhältnismäßig selten durch einen Hirn- oder Kleinhirnabsceß. Die Lemaîtresche Operation (Punktion durch die Dura

Digitized by Google

an der mutmaßlichen Stelle des Abscesses, Aspiration mit der Pravazschen Spritze, keine Incision der Meningen) ist empfehlenswert bei Kleinhirnabscessen. Lemaître selbst hat 6 Fälle so operiert, dazu kommen weitere 6 Fälle; von diesen 12 Fällen wurden 9 vollständig geheilt. Ein Patient von Lemaître starb an einem neuen Hirnabceß, der sich gebildet hatte, während der erste in Heilung begriffen war; 2 an Temporallappenabceß operierte Kranke starben, der eine zeigte einen sehr großen doppelseitigen Abceß mit Encephalitis, der andere — gleichfalls mit Encephalitis — bot eine Öffnung in den Seitenventrikel. *Kurt Mendel.*

Brunner, Hans: Ein Beitrag zur Pathologie des otogenen Kleinhirnabscesses. (*Allg. Poliklin., Univ. Wien.*) Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 14, H. 1/2, S. 34 bis 48. 1926.

Ähnlich wie Fremel hat Verf. einen Fall von otogenem Kleinhirnabceß in systematischer Weise durchuntersucht. Fremel hatte gefunden, daß der Abceß an der Stelle, an der er aus der Schläfenbeinregion fortgeleitet wird, die Kleinhirnrinde durchbricht und sich dann zwischen der oberen Rindenschicht und dem Markkerne des Kleinhirns flächenhaft bis in die spinalsten Partien des Kleinhirns ausbreitet. Die Rinde selbst blieb in den Fällen Fremels im allgemeinen frei. Verf. ist nun in genauer histologischer Untersuchung der Frage nachgegangen, ob nicht etwa doch mikroskopisch sich Veränderungen in der Rinde nachweisen lassen. Er kam dabei zu dem Resultat, daß ähnlich wie in einem Fall Fremels der Abceß in einen Markstrahl eindringt und sich in dessen Innern ausbreitet, ferner, daß die Entzündung keineswegs an der grauen Rindenschicht Halt macht. Er fand vielmehr ausgesprochene Degenerationen des benachbarten Rindengraus. Neben dieser Feststellung enthält die Arbeit eine Reihe anderer wichtiger Beobachtungen, die jedoch mehr ohrenärztliches Interesse haben. *Pette* (Hamburg).

Soyka, Ludwig: Geheilter otogener Kleinhirnabceß. (*Oto-rhinol. Klin., dtsch. Univ. Prag.*) Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 14, H. 1/2, S. 232—236. 1926.

Mitteilung eines einschlägigen Falles, der infolge seines günstigen Verlaufes Verf. Anlaß gibt, auf die Notwendigkeit einer reichlichen Abtragung von Hirnmasse hinzuweisen. *Pette* (Hamburg).

Bauer, Julius, und Conrad Stein: Bemerkungen zu der Erwiderung von W. Albrecht Zur Vererbung der Otosklerose, der labyrinthären Schwerhörigkeit und konstitutionell-sporadischen Taubstummheit in dieser Zeitschr. Bd. 11, S. 762. Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 2: Zeitschr. f. Konstitutionslehre Bd. 12, H. 2, S. 246. 1926.

Verff. weisen darauf hin, daß die Ausführungen Albrechts (vgl. dies. Zentrlbl. 42, 545) in allen Punkten eingehendste Beachtung und Stellungnahme erfordern, die in ihrer demnächst erscheinenden Monographie „Konstitutionspathologie in der Ohrenheilkunde" erfolgen soll. Wie ich schon in einem früheren Referat betonte, scheinen sich die Ansichten Albrechts und der Verff. nicht unbedingt zu widersprechen. *H. Hoffmann* (Tübingen).

Hvidt, C.: Le traitement par la pilocarpine. (Die Behandlung mit Pilocarpin.) (*Kommunehosp., Copenhague.*) Acta oto-laryngol. Bd. 8, H. 3, S. 410—416. 1925.

Verf. behandelte nach Politzer Schwerhörige mit Subcutaninjektionen von Pilocarpin, steigend von 0,4 ccm einer 2proz. Lösung bis zu 1,2. Im ganzen 10 Injektionen innerhalb von 10 bis 14 Tagen. Die Resultate waren: Bei 3 Otosklerotikern ohne Erfolg, von 2 traumatisch Schwerhörigen bei einem ein gutes Resultat, unter 7 Fällen von Otitis interna 6 Versager, bei 22 Menièrefällen 9 negative Resultate, 5 zweifelhafte, 6 geringe und 2 gute Erfolge. Bei 3 Fällen kongenitaler Lues einmal ein gutes Resultat. Bei 3 Fällen von Neurolabyrinthitis auf dem Boden erworbener Syphilis, ein zweifelhaftes, 2 gute Resultate. Bei der letztgenannten Affektion empfiehlt Verf. die frühzeitige Behandlung mit Pilocarpin, bevor sich sekundäre Degenerationen zeigen. *Guttmann* (München).

Bogaert, Ludo van: Maladie de Friedreich et scoliose essentielle tardive héréditaire. (Friedreichsche Krankheit und essentielle hereditäre Spätskoliose.) Arch. internat. de méd. exp. Bd. 1, H. 1, S. 75—95. 1924.

Spätskoliosen können nicht-hereditär als Folgen von Syringomyelie und Poliomyelitis auftreten, hereditär im Verlauf von vererbbaren Erkrankungen des Nervensystems; außerdem gibt es eine essentielle hereditäre Spätskoliose, die den heredodege-

Digitized by Google

nerativen Erkrankungen des Nervensystems nahe verwandt ist. Es werden 7 Fälle ein und derselben Familie kurz beschrieben, bei denen es sich teils um ausgeprägte, teils um angedeutete Formen von Friedreichscher Krankheit, teils um Spätskoliose handelt. *Max Grünthal* (Berlin).

Bulbäre Erkrankungen, Myasthenie:

Critchley, Macdonald, and Charles S. Kubik: The mechanisms of speech and deglutition in progressive bulbar palsy. (Die Mechanismen des Sprechens und des Schluckens bei progressiver Bulbärparalyse.) (*Nat. hosp. f. the paralysed a. epileptic, queen square, London.*) Brain Bd. 48, Nr. 4, S. 492—534. 1926.

Nach einer ausführlichen physiologischen Einleitung über den Bewegungsablauf beim Schlucken und beim Sprechen sowie beim Husten, Schluchzen, Räuspern, Lachen, Schreien und Schnauben unter Berücksichtigung der Funktionen der einzelnen Muskeln berichten die Verf. klinisch und autoptisch über 6 Fälle von Bulbärparalyse, die zumeist mit amyotrophischer Lateralsklerose vergesellschaftet waren. Die histologische Untersuchung zeigte Degeneration der Seitenstränge des Rückenmarks, Degeneration der motorischen Zentren im Rückenmark und im verlängerten Mark und der Pyramidenbahn bis zur Hirnrinde. Im Nucleus ambiguus n. X. fand sich jedesmal Zellschwund, der dorsale Vaguskern war kaum betroffen, besonders war die laterale Zellgruppe stets normal. In den Kehlkopfmuskeln fanden sich nur mäßige Grade von Atrophie ohne bestimmte Abhängigkeit von der Intensität der Lähmung. Dies wird mit der Beteiligung des oberen motorischen Neurons erklärt. Äußerlich sieht man oft ein Zurückbeugen des Kopfes bei den Kranken und zuweilen ein Herabsinken des Kehlkopfes. Klinisch werden folgende Beobachtungen hervorgehoben: zuerst nasaler Timbre der Sprache, später Erschwerung bei der Aussprache der Labiale und Linguale, die dann allmählich auf Dentale und Gutturale übergeht. Die Nasale bleiben am längsten erhalten, bekommen aber einen schwankenden Charakter. Die Vokale bleiben lange erhalten, Aphonie entwickelt sich nie; die Laute, so unmoduliert und undeutlich sie werden, bleiben tönend. Eine Beteiligung der Stimmbänder war kaum festzustellen. Das Singen und Flüstern gehen rasch verloren. Während Schluchzen und Räuspern bald beeinträchtigt werden, können die Kranken lachen und schreien, allerdings fehlt der normale explosive Charakter hierbei. Dabei ist ein willkürlicher Beginn häufig unmöglich. Ähnlich verhält es sich mit dem Husten, das aber häufig beeinträchtigt ist. Die Schluckschwierigkeiten beginnen zur einen Hälfte bei festen Bissen und zur anderen bei Flüssigkeiten. Das Trinken, das regelmäßig auf die Dauer stärker betroffen wird, geschieht mit einem charakteristischen Rückwärtswerfen des Kopfes, manchmal wird es durch Aufsaugen durch einen Strohhalm erleichtert. Die Flüssigkeiten laufen oft aus dem Munde wieder heraus, doch nie durch die Nase trotz der Gaumensegellähmung. Bei festen Bissen ist besonders das Zurückbringen aus dem Mund in den Rachen erschwert, von dort an geht das Schlucken ganz prompt. Diese Dysphagie wird zurückgeführt auf Schwäche der Lippen und der Zunge. Da auch der Glottisschluß schwach ist, kommt es leicht zum Verschlucken; Dyspnöe wird hierdurch aber nicht hervorgerufen. *Leyser* (Gießen).

Pelnář, J.: Hemibulbare Syndrome. I. Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 49, S. 1753—1757. 1925. (Tschechisch.)

Pelnář, J., und Josef Dědeček: Hemibulbare Syndrome. II. Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 49, S. 1757—1758. 1925. (Tschechisch.)

I. Bei einem 51jährigen Manne, der ziemlich akut mit Schmerzen im Hinterhaupt, Schwindel und heftigem Singultus erkrankte, fand sich neben leichteren Störungen folgender Symptomenkomplex: Links: eine leichte Parese des Facialis, des Gaumensegels und Stimmbandes, eine Gefühlsstörung der Gesichtshälfte mit Anästhesie der Kornea und das Hornersche Syndrom; auf der rechten Seite: eine Analgesie und Thermoanästhesie der ganzen Seite mit Ausnahme des Gesichts bei erhaltener Berührungs- und Tiefensensibilität. Die Störung wird in die linke Hälfte der Medulla oblongata lokalisiert mit Beteiligung des sensiblen Trigeminus-, Vestibularis-, Facialis- und Glossopharyngeuskernes und der in dieser Höhe bereits gekreuzten Schmerz- und Temperaturbahnen, während die Pyramide und mediale Schleife verschont geblieben sind.

Digitized by Google

Die mehr subjektive Schwächung der linken Extremität ohne Pyramidenstörungen wird auf eine Läsion der vestibulo-spinalen Bahnen zurückgeführt. Auch der Singultus und das Hornersche Syndrom können mit diesem so lokalisierten Herde in Einklang gebracht werden, doch erwägt Verf. auch die Möglichkeit eines zweiten cervical gelegenen Herdes. Da bei dem Patienten auch Zeichen einer beginnenden Tabes gefunden wurden (Argyll-Robertson, positive Wassermannsche Reaktion im Liquor usw.) und wegen des perakuten Verlaufes hält der Autor die Krankheit für einen spezifischen Prozeß, wahrscheinlich im Gebiet der Arteria cerebri inferior posterior mit nachfolgender Thrombose und Malazie. — II. Bericht über einen ähnlichen Fall, bei dem aber Störungen im Bereich des motorischen Trigeminus, Abducens und Oculomotorius auf eine weitere Ausbreitung des Prozesses proximalwärts bis in die Gegend des Aquäduktes hinweisen. Es kam zu einem Verlust der Pupillarreaktion auf Akkommodation und Konvergenz bei erhaltener Lichtreaktion, also einer Art umgekehrten Argyll-Robertsons. Die vorangegangene Infektion (eine Angina, die auch zu einer Perikarditis geführt hatte) weist den Verf. auf eine entzündliche Affektion im Sinne einer infektiösen Polioencephalitis, nur die ziemlich strenge Einseitigkeit der Symptome läßt sich damit nicht ganz in Einklang bringen.

Hans Zweig (Brünn).

Pelnář, J.: Hemibulbare Syndrome. III. Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 51, S. 1827—1828. 1925. (Tschechisch.)

Bericht über 2 Fälle, eine 40jährige und eine 59jährige Frau, bei denen neben einer Anisokorie und einer absoluten Pupillenstarre beider Augen (in einem Fall auch leichte Paresen der Augenmuskeln) nur eine Lähmung und Atrophie einer Zungenhälfte gefunden wurde. Die Wassermannsche Reaktion im Blut war negativ (Sachs-Georgi und Meinicke in einem Fall positiv), die Untersuchung des Liquors gibt in einem Falle ein positives, im andern Fall ein negatives Resultat. Beide Patientinnen hatten nie irgendwelche Beschwerden von seiten ihres Nervensystems gehabt. Da für eine Arteriosklerose kein Anhaltspunkt vorliegt, glaubt Verf., den Fall am ehesten mit einer luetischen Ophthalmoplegia interna vergleichen zu können.

Hans Zweig (Brünn).

Bregman, L. E., und L. Nudelman: Ein Beitrag zur Symptomatologie der Herderkrankungen in der Brücke. Warszawskie czasopismo lekarskie Jg. **3**, Nr. 1, S. 12 bis 15. 1926. (Polnisch.)

Eingehende Schilderung eines Falles von vermutlicher Brückenneubildung bei einer Frau, deren Zustand sich nach antiluetischer Kur und Röntgenbehandlung bedeutend besserte. Im Fovilleschen Lähmungstypus, der für eine Lemniscusaffektion der Brückengegend spricht, war beachtenswert: a) die supranucleäre Lähmung sämtlicher Gesichtsäste links, mit gesteigerter elektrischer Erregbarkeit, b) assoziierte Blicklähmung links mit Blickkrampf und Nystagmus nach rechts, c) kontralaterale Sensibilitätslähmung, speziell des schmerz- und wärmeleitenden Tractus spinothalamicus bei Intaktbleiben des die Taktilität und Muskelsensibilität leitenden, medial gelagerten Tractus bulbothalamicus. Die Analgesie nach radikulärem Verbreitungstypus verschonte die Bauch- und Oberschenkelgegend. d) Fallen nach rechts bei abgeschwächter Vestibularerregbarkeit links und bei abwesender Extremitätenataxie, die die Verff. auf Affektion der gekreuzten Deitersbahn oder des Strickkörpers zurückzuführen geneigt sind. Analyse analoger Fälle aus der Literatur. *Higier* (Warschau).

Marinesco, G., et S. Draganesco: Syndrome bulbaire à prédominance interolivaire. Altérations vasculaires progressives hypoplasie et névromes bulbo-médullaires. (Bulbärparalyse mit überwiegender Schädigung der Olivenzwischenschicht. Fortschreitende Gefäßveränderungen, Hypoplasie und Neurome der Rautengrube und des verlängerten Marks.) Encéphale Jg. **21**, Nr. 2, S. 89—98. 1926.

55jähriger Mann. Familienanamnese o. B. Keine Lues. Beginn des Leidens 1914 mit zunehmender Schwäche im linken Bein. 1917 Schwäche und Ameisenlaufen im linken Arm. 1919 Schwäche in den rechten Extremitäten, Parästhesien in der linken Hand, Schluckbeschwerden. Befund bei der Klinikaufnahme 1919: Parese des l. Facialis, Schluckstörung, nasale Sprache, Parese aller Extremitäten, besonders ausgesprochen rechts, bds. positiver Babinski, Ameisenlaufen in den Armen und der Schultergegend. Juli 1920: Paresen erheblich stärker geworden, leichte Atrophie der rechten Hand- und der bds. Schultermuskeln. Liquorbefund völlig o. B. Einige Monate später Störung der Stereognose rechts. Bei Wiederaufnahme 1923 neu hinzugekommen: leichte Zungenatrophie und Gaumensegelparese links, Aphonie. Exitus 1923. Klinische Diagnose: Amyotrophische Lateralsklerose? Atypische Syringomyelie? — Autopsiebefund: Ausgedehnte arteriosklerotische Gefäßveränderungen, in der Gegend der Fossa rhomboidea; nekrotischer Herd in der Olivenzwischenschicht; auffällige Kleinheit der Fossa rhomboidea und Medulla oblongata; multiple intramedulläre Neurome in der Höhe der oberen Partie der Medulla oblongata bis zum mittleren Drittel der Oliven.

Der vorliegende Fall — der 6. bisher beschriebene der angegebenen Herdlokalisation — unterscheidet sich von den übrigen durch sein langsames Fortschreiten.

Digitized by Google

Ursache der Tetraplegie ist der Herd in der Olivenzwischenschicht. Die Kleinheit von Rautengrube und verlängertem Mark wird nicht als sekundäre Degeneration, sondern unter Berücksichtigung der Durchschnittsmaße als Hypoplasie aufgefaßt. Mit dieser Entwicklungshemmung stehen die vorzeitigen ausgedehnten Gefäßveränderungen und das Auftreten intracellulärer Neurome nach Ansicht der Autoren im Einklang. Die Neurome werden als Abkömmlinge der vorderen bzw. hinteren Wurzeln angesehen.

Pinéas (Berlin).

Krupenin, S.: Ein Fall von Tonusveränderung und myasthenischen Erscheinungen bei einem Kinde. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 709—713. 1925. (Russisch.)

Bei einem 10jährigen Mädchen, das über allgemeine Schwäche, Ermüdbarkeit und undeutliches Sprechen klagte, fand Verf. doppelseitige Ptosis, abends stärker als morgens, ferner abwechselnd Hypotonie und Hypertonie der Muskulatur der oberen Extremitäten, Spannung der Bauchdeckenmuskulatur. Die Becken- und Oberschenkelmuskulatur war stets hypotonisch. Die elektrische Untersuchung ergab geringe Herabsetzung der Erregbarkeit, aber keine myasthenische Reaktion. Der Gang erinnerte an den „Dromedarengang". Die Sprache war nasal, undeutlich.

Es handelte sich um eine Erkrankung, die nicht klassifiziert werden kann. Ein Teil der Symptome kann als myasthenisch bezeichnet werden, während andere Symptome an das Syndrom der Dystonie erinnern. *Wolpert* (Berlin-Schlachtensee.)

Sgrosso, S.: Un caso di morbo di Erb con diminuzione dell'acutezza visiva. (Ein Fall von Erbscher Krankheit mit Herabsetzung der Sehschärfe.) (*Istit. di clin. oculist., univ., Napoli.*) Arch. di ottalmol. Bd. **32**, Nr. 8, S. 346—357. 1925.

Verf. beschreibt einen Fall, bei dem sich in schleichendem Verlauf stabile Paresen im Bereich verschiedener motorischer Gehirnnerven und in der Nackenmuskulatur entwickelt haben. Es bestehen starke Ermüdungserscheinungen für Lidschluß, Konvergenz, Konvergenzreaktion der Pupille und Akkommodation. Von weiteren Symptomen liegen u. a. psychische Störungen und doppelseitiger Babinski vor. Eine allgemeine elektrische Untersuchung scheint nicht vorgenommen worden zu sein, jedenfalls wird nur eine herabgesetzte faradische Erregbarkeit der Zunge angegeben. Verf. hat eine Myasthenie diagnostiziert und beschreibt als bei dieser ungewöhnliches Symptom eine Herabsetzung der Sehschärfe auf $^1/_6$, als deren objektive Unterlage eine beiderseitige temporale Abblassung gefunden wird. Nach alledem erscheint es Ref. mehr als zweifelhaft, ob es sich hier tatsächlich um eine Myasthenie handelt.

Hans Strauss (Frankfurt a. M.).

Delbeke, R., et L. van Bogaert: Atrophie musculaire diffuse et progressive avec phénomènes myasthéniques et syndrome d'insuffisance thyro-surréno-génitale. (Diffuse progressive Muskelatrophie mit myasthenischen Erscheinungen und Symptomen von Thyreo-Nebennieren-Genitalinsuffizienz.) Journ. de neurol. et de psychiatrie Jg. **25**, Nr. 11, S. 719—726. 1925.

Beginn des Leidens im 25. Lebensjahre — vor ca. 20 Jahren — mit doppelseitiger Ptosis. Dann Doppeltsehen, Ermüdbarkeit der Masseteren, Schluckstörungen. 5 Jahre nach Krankheitsanfang Parese und Muskelatrophie am Hals, an den Händen, Vorderarmen, Schultergürtel und unteren Extremitäten. Im Verlauf der folgenden 10 Jahre fortschreitende Abmagerung mit stärker werdender Ermüdbarkeit. Elektrisch: Entartungsreaktion. Es handelt sich nicht um Aran-Duchennesche Krankheit, wahrscheinlich auch nicht um Dystrophia musculorum progressiva, sondern um eine amyotrophische Form der Myasthenie. Auffallend ist im vorliegenden Fall das Fehlen der myasthenischen Reaktion und von charakteristischen Muskelläsionen, ferner das starke Hervortreten der Muskelatrophie. Von Wichtigkeit ist die Rolle, welche die chronische Nebenniereninsuffizienz spielt. So änderten die Injektionen von Nebennierenextrakt deutlich die myasthenischen Erscheinungen.

Kurt Mendel.

Rückenmark und Wirbelsäule:

Multiple Sklerose, Syringomyelie:

Bolten, G. C.: Ein und das andere über das Wesen und die Entstehung der multiplen Sklerose. Psychiatr. en neurol. bladen Jg. **1926**, Nr. 1, S. 57—67. 1926.

Verf. glaubt nicht, daß die von Kuhn und Steiner behauptete Ätiologie (Spirochäten) zutrifft. Darin wird ihm wohl fast jeder Neurologe zustimmen. Wenn er aber die infektiöse Natur der multiplen Sklerose überhaupt bestreitet, so wird man ihm

Digitized by Google

darin weniger beistimmen können. Besonders nicht, wenn er behauptet, daß das mikroskopische Bild nicht die allergeringsten Kennzeichen einer Infektionskrankheit — besonders eines Entzündungsprozesses — zeigen sollte. *Forster* (Greifswald).

Epstein, Herbert A.: Das Auftreten von Fieber bei multipler Sklerose. (*II. med. Klin., Charité, Berlin.*) Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 59, H. 1/2, S. 70 bis 77. 1925.

Verf. hat 34 wahllos gesammelte Fälle von multipler Sklerose auf das Verhalten der Temperatur untersucht. Von diesen 34 Fällen hatten während der Beobachtungszeit 22 Temperaturerhöhung. Verf. glaubt, bei diesen Fällen 3 Typen des Fieberverlaufs erkennen zu können. Bei akuten Formen fand er Temperaturen bis 38°, am häufigsten aber schwankte die Temperatur um 37°. Diese Feststellungen möchte Verf. zur Beurteilung des Wertes einer Therapie bei der multiplen Sklerose verwerten. Weder die Malariatherapie noch die Salvarsanpräparate vermochten in den darauf untersuchten Fällen das Fieber zu beeinflussen. Weiter mißt er dem Vorhandensein erhöhter Temperatur differentialdiagnostische Bedeutung gegenüber gewissen Fällen cerebrospinaler Lues bei. *Pette* (Hamburg).

Marinesco, M. G.: Nouvelles contributions à l'étude de l'histopathologie de la sclérose en plaques. (Neue Beiträge zum Studium der Histopathologie der multiplen Sklerose.) Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 395—407. 1925.

Die an 5 Fällen erhobenen Befunde sollen zu einer histopathologischen Gesamtübersicht der multiplen Sklerose, nicht zur Darstellung von Einzelheiten verwandt werden. Die Gefäßveränderungen finden sich am Nervengewebe und an den Meningen; sie bestehen in Infiltrationen der kleinen Venen, der Präcapillaren und Capillaren, mehr in der weißen als in der grauen Substanz, weil das Virus der Sklerose auf dem Lymphwege ins Gehirn eingeschleppt wird. Entzündungsherde finden sich meist im Centrum ovale und an der Grenze von weißer und grauer Substanz. In den Venen Lymphocyten und Plasmazellen, in den Präcapillaren nur Plasmazellen. Nichts spricht für Endarteriitis oder Beteiligung des Endothelioms; die stark erweiterten kleinen Venen sind manchmal thrombosiert. In den Seiten — und auch im 3. Ventrikel sind Gefäßveränderungen konstant. Die Veränderungen an den Wänden des Äquädukts sprechen für das Eindringen des Krankheitserregers auf dem Liquorwege. An den Achsenzylindern sieht man Einschnürungen, Schwellungen und schlingenförmige Kugeln, diese z. T. mit gut erhaltenem Netz. In der grauen Substanz begegnen knopf- oder birnenförmig endigende Fasern, die sich an den Einschnürungen in Fibrillen auflösen. Die Fasern zeigen verschiedenartiges Verhalten bei der Silberfärbung. In den alten Herden fehlen sie überhaupt. Je entzündlicher der Prozeß, desto zahlreicher erscheinen fuchsinophile Körnelungen auch im Innern der Makrophagen. Die Teile einer einzelnen Faser können verschiedene Färbungen annehmen. Verf. glaubt an eine Regeneration der Nervenfasern, die aber nicht der klinischen Remission parallel geht. In alten Fällen kann der Prozeß in Pigmentatrophie ausgehen. Chromatolyse und eigenartige Verlängerungen sieht man meist in den Zellen der Stränge. Bei der Glia ändert sich die Färbbarkeit des Kerns und Kernkörperchens und die Dichte des Kerninhalts. Bei den alten Zellen ist der Kern acidophil, bei den jungen nucleinreich. Zwischen Kern- und Zellumfang besteht keine Abhängigkeit. Meist sind die Kerne rund oder oval, aber auch linsen-, kreuz oder kometenförmig. Die Gliaveränderungen sind nicht nur sekundär; die Karyokinese und das Auftreten gemästeter Zellen spricht dagegen. Diese bilden Fibrillen, nach dieser Tätigkeit verringern sich ihre Körnchenmengen und ihr Protoplasma und sie werden dann vielleicht zu apolaren Zellen umgewandelt. Amöboide Zellen sah Verf. nicht. An den Purkinjezellen bemerkt man kugelige Einziehungen, nicht immer in der Körner-, sondern manchmal in der Faserschicht. Die Gliazellen des Kleinhirns haben körnige Anhängsel und abnorm zahlreiche Verzweigungen. Ihre Lagerung ist mannigfaltiger als in der Norm geordnet. Die Glia

Digitized by Google

der Körnerschicht ist hypertrophisch und vermehrt. Schwindet die Körnerschicht, so sieht man statt ihrer ein Geflecht riesiger Astrocyten. Atrophieren die Kleinhirnwindungen, so verschwinden die Körner, statt deren Glia in der intermediären Zone auftritt. Die Opticusfasern sind eingeschnürt; in der Opticusglia trifft man Riesenzellen. Die Wände der Capillaren und Präcapillaren in der Mitte, noch mehr an der Peripherie und in der Nachbarschaft der Herde enthalten Glykogenkörnchen. In der Peripherie der Herde enthalten auch Ganglienzellen oder Zellabschnitte Glykogen, ebenso die Wände der kleinen Gefäße und das interstitielle Gewebe in den Opticusherden. Das Großhirn weist nur selten Veränderungen auf; diese ähneln denen der Paralyse. Von den Brodmannschen Feldern zeigen einige z. B. die in der Nähe der Seitenventrikel keine, andere ausgedehnte pathologische Befunde. Aus den schon oben erwähnten Gründen und wegen des Freibleibens der A. sulcocommissuralis von abnormen Bildungen glaubt Verf., daß der Erreger der multiplen Sklerose von der Peripherie in den Arachnoidealraum dringt. *Kastan* (Hamburg).

Paulian: Selérose en plaques à marche aiguë et discontinue. Evolution. Guérison clinique. (Multiple Sklerose mit akutem, diskontinuierlichem Verlauf. Klinische Heilung.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 41, Nr. 33, S. 1416—1418. 1925.

25jährige Kollegin. Vor 3 Jahren starke Magenstörungen mit unstillbarem Erbrechen und tetanoiden Krämpfen in den Extremitäten von 10tägiger Dauer. Dann große Schwäche. Kein Fieber. 3wöchige Rekonvaleszenz. 7 Monate später leichte rechtsseitige Hemiparese mit zeitweisen Crampi. Nach 2 Monaten leichte Besserung, doch 3 Monate später wiederum gastrische Störungen und Hemiparesis dextra. Nach 40 Tagen war alles geschwunden, doch es trat eine linksseitige Hemiparese auf, die nach 14 Tagen schwand. Dann 9malige Wiederholung der Paresen in Intervallen von 1—2 Monaten. Es wurde Hysterie und Lues diagnostiziert. Jetzt starker Schwindel, Dysarthrie. Im Liquor Pandy leicht positiv, sonst Liquorbefund negativ. Linke Facialis paralytisch, Intentionstremor, lebhafte Sehnenreflexe, Kloni, Schwanken. Neosalvarsan, Fibrolysin, Bismut brachten Heilung. Diagnose: Nervensyphilis oder multiple Sklerose in Schüben, deren Spirochäte durch die Therapie beeinflußt wurde. *Kurt Mendel.*

Ohm, J.: Der Einfluß des Lichtes auf das Augenzittern bei der multiplen Sklerose. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 75, Nov.-Dez.-H., S. 637—657. 1925.

Verf. behandelt ausführlich den Nystagmus bei einem Fall von multipler Sklerose. Er hat ihn kurvenmäßig registriert. Bei äußerer Betrachtung zeigte sich der Nystagmus nur in den Endstellungen, am stärksten bei Seitenblick. Die ganz feinen Wellen, die man bei einer Kurvenregistrierung erhält, beruhen wahrscheinlich nicht auf Augenschwingungen, sondern auf Kopfzittern. Der eigentliche Nystagmus beginnt im Hellen erst, wenn die Augen etwa 30° nach links gewandt sind. Er ist dann aber noch ganz gering und schlägt nach links. Bei 40° und darüber wird er viel grobschlägiger. Wenden die Augen nach rechts, so zeigen sich die ersten Zuckungen nach rechts etwa bei 40°. Die ausgesprochene Abhängigkeit des Nystagmus von der Lichtquelle, die sich auch in diesem Fall nachweisen ließ, insofern der Endstellungsnystagmus im Hellen sich im Dunkeln in einen echten Nystagmus bei allen Blickrichtungen verwandelte, führt Verf. zu dem Schluß, daß dieser „vestibuläre" Nystagmus optische Züge trägt. Er reiht sich damit an zahlreiche Arten von Nystagmus an, die ebenfalls optisch-vestibuläre Eigenschaften besitzen, was Verf. bekanntlich in erster Linie beim bergmännischen Augenzittern nachweisen konnte. Verf. nimmt an, daß die gegenseitige Beeinflussung der optischen und vestibulären Erregungen nicht erst in den Augenmuskelnerven, sondern weiter oben im Deiterskerngebiet stattfindet. „Hier liegt das wichtigste Schaltzentrum der Augenbewegungen, das nicht nur vom Vestibularis, sondern auch von der Seh- und Willkürbahn und den Halsreflexen beeinflußt wird." *Pette* (Hamburg).

Kron, I.: Zur Differentialdiagnose der multiplen Sklerose und Syphilis des Nervensystems. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 342—345. 1925. (Russisch.)

Verf. weist darauf hin, daß Pupillenstörungen, Pupillenstarre, Schmerzen, positiver Wassermann im Blut auch bei multipler Sklerose vorkommen und daher nicht für Syphilis beweisend sind. Positiver Wassermann im Liquor kommt gelegentlich bei sonst latenter Syphilis vor; bei der weiten Verbreitung der Syphilis kann es zufällig zu einer Erkrankung an Sklerosis multiplex bei bestehender latenter Syphilis kommen; in einem solchen Fall würde sich bei sicherer multipler Sklerose ein positiver Wassermann im Liquor finden. *Bresowsky* (Dorpat).

Digitized by Google

Sauer, Walter: Zur Behandlung der multiplen Sklerose unter besonderer Berücksichtigung des Silbersalvarsans. (*Krankenh., Berlin-Lankwitz.*) Klin. Wochenschr. Jg. 5, Nr. 4, S. 146. 1926.

Verf. empfiehlt erneut die Salvarsanbehandlung bei der multiplen Sklerose. Er stützt sich dabei auf ein selbstbeobachtetes Material von 19 Fällen. *Pette* (Hamburg).

Tabes:

Siemens, H. W., und G. Cohen: Zur Ätiologie der Arthropathia tabica acuta inflammatoria. (*Univ.-Hautklin. u. Poliklin., München.*) Dermatol. Zeitschr. Bd. 44, H. 6, S. 317—321. 1925.

54jähriger Tabiker erkrankt akut unter sehr starken Schmerzen und mit Fieber an einer phlegmoneähnlichen Schwellung des rechten Handgelenks. Am linken Arm besteht zur gleichen Zeit eine kleine eitrige, ekthymatöse Kruste, von einer kürzlich erlittenen Verletzung herrührend. 4 Wochen später vorübergehende Lymphangitis am rechten Arm. Das Röntgenbild zeigte eine mäßige Atrophie des erkrankten Handgelenks. Das seltene, „bisher anscheinend nur in Frankreich näher beobachtete" Krankheitsbild schließt sich eng den Fällen mehrerer französischer Autoren und einer Beobachtung des Ref. an, die den Verff. anscheinend unbekannt geblieben ist (vgl. dies. Zentrlbl. 40, 378). — Während Lemierre, Léon-Kindberg und Deschamps annehmen, daß der ganze Prozeß allein durch die Spirochäten und die durch ihre Tätigkeit freiwerdenden Toxalbumine bedingt werde, halten die Verff. es für wahrscheinlich, daß beim Zustandekommen dieser Form der Arthropathie von irgendeinem kleinen Herd aus Keime in die Blutbahn gelangen, die in einem durch die Tabes veränderten Gelenk einen Locus minoris resistentiae zur Ansiedlung vorfinden. In dem beschriebenen Falle war eine solche Quelle für die Sekundärinfektion durch die infizierte Hautwunde am linken Arm gegeben.
Taterka (Berlin).

Palma, Raffaele: Contributo allo studio delle artropatie tabetiche. (Artropatie bilaterali simmetriche delle articolazioni metatarso-falangee.) (Beitrag zum Studium der tabischen Arthropathie. Beiderseitige symmetrische Arthropathie der Metatarso-Phalangealgelenke.) (*Istit. di clin. chir., univ., Napoli.*) Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 12, S. 1193—1209. 1925.

60jähriger Lehrer. Ein Bruder mit 26 Jahren geisteskrank gestorben. Gattin, 64 Jahre, abortierte nach vier normalen Schwangerschaften 6 mal. Lues negiert, mit 25 Jahren Malaria. Mit 40 Jahren die ersten lanzinierenden Schmerzen in den Beinen, welche Schmerzanfälle seither wiederholt auftraten. Mit 50 Jahren Unsicherheit beim Gehen, mit 55 Jahren leichte Inkontinenzerscheinungen, Potenz ungestört. 1918 bemerkte Patient eines Abends eine Schwellung des linken Fußes, namentlich im vorderen Anteile. August 1923 begann auch der rechte Fuß anzuschwellen, und zwar höhergradig als der linke. 11. IV. 1924 Schüttelfrost und Fieber bis 40,5, ohne daß irgendwelche besondere Beschwerden seitens der Füße aufgetreten wären. Bei der Inspektion zeigte sich am Außenrande des geschwollenen und geröteten Fußes ein großer Substanzverlust, aus dem sich reichlich gelbrötliche, nicht fötide Flüssigkeit entleerte; eine Incision am Dorsum entleerte eine dunkelrote, geruchlose Flüssigkeit. Patient gab an, bei diesem Eingriffe nur die Empfindung einer Berührung gehabt zu haben. Das Fieber ließ nach etwa 6 Tagen nach. Bei der Untersuchung an der Klinik erschien Patient als unterernährtes Individuum mit dürftiger, hypotonischer Muskulatur; beiderseits Hals- und Leistendrüsen geschwellt; Argyll-Robertson, Cremaster-, P- und Achillessehnenreflex fehlen. Parästhesien an den unteren Gliedmaßen und im unteren Anteile des Rumpfes. Cyanose und diffuses Ödem, Periostitis der Tibiakanten, rechts > links. Beide Füße deformiert, Fußwölbung verstrichen, starre Beugung einiger Zehen, andere zeigen abnorme Beweglichkeit. Am Dorsum des rechten Fußes zeigt sich eine Wunde, von der man bei Sondierung in einen nekrotischen Herd gelangt, in dem Knochenfragmente gefühlt werden. Ein Knochensequester kann aus einem Loche am äußeren Fußrande entfernt werden. Vollständige Schmerzlosigkeit. WaR. sowohl im Serum wie im Liquor negativ. Zwei Röntgenbilder zeigen die schweren Veränderungen, namentlich des rechten Fußes. *Alexander Pilcz* (Wien).

Lapinsky, Michael: Über kombinierte Symptomatologie bei einigen Tabesfällen. (*Neurol. Klin., Univ. Zagreb.*) Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 28, Nr. 7, S. 90 bis 91. 1926.

Es gibt Tabesfälle, wo neben der organischen Erkrankung des Nervensystems noch verschiedene Störungen visceraler Organe vorhanden sein können, welche ihre eigenen Symptome, insbesondere Reizerscheinungen, dem Krankheitsbilde der Tabes beimischen, so daß diese Mischsymptome mit den Erscheinungen des Grundleidens ganz identifiziert werden. Von 4 Beispielen, die zeigen sollen, wie wichtig es für Pro-

Digitized by Google

gnose und Therapie der Tabes ist, beide Symptomgattungen auseinander zu halten, sei nur der 1. Fall in seinen Einzelheiten wiedergegeben. Bei den übrigen Beobachtungen (Verschwinden von gastrischen Krisen bei einem Tabiker mit Prostatalgie durch Prostatamassage, Steigerung der Kraft und Beweglichkeit der Beine bei einem hartnäckig obstipierten Tabiker durch Infus. sennae, Zurückgehen einer Leberschwellung und Verschwinden einer Pupillendifferenz [!] durch ein starkes Abführmittel) möchte sich Ref. den Ausführungen des Verf. nicht anschließen. — Fall 1. Tabiker mit periodischem Erbrechen — also offenbar Krisen —, Gürtelschmerzen und dissoziierter Sensibilitätsstörung im Bereiche von D_5—D_8. Bei genauerer Prüfung findet man eine Ulcusnarbe am Pylorus, starke Magenerweiterung, Stauung der Speisen und macht eine Gastroenterostomie. Danach Verschwinden des Erbrechens, der Gürtelschmerzen und der Sensibilitätsstörung, weitgehende Besserung des Allgemeinzustandes. *Taterka* (Berlin).

Kino, F., und A. Strauss: Metaluetische Muskelatrophie. Zur Pathogenese der Muskelatrophie bei Tabes. (*Neurol. Inst., Univ. Frankfurt a. M.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. **89**, H. 4/6, S. 211—231. 1926.

Die Häufigkeit des atrophischen Prozesses bei der Tabes schwankt zwischen 4 und 8%. Die Amyotrophie gehört zum Bilde der Tabes und bildet keine zufällige Koinzidenz mit ihr. Es ist auffällig, daß bei dem gewaltigen Überwiegen des tabischen Prozesses im Lumbalmark die Häufigkeit der Atrophie an den Untergliedern dazu keine Parallele bildet. Die Tatsache, daß bei manchen Fällen die Atrophie bereits vor der Tabes auftritt, gibt Anlaß zu der Frage, ob bei einem amyotrophischen Prozeß, der einige Jahre vor den ersten tabischen Manifestationen einsetzt, seine Gebundenheit an die Tabes überhaupt noch gegeben ist. Für den metaluischen Charakter einer Anzahl spinaler progressiver Muskelatrophien fehlt — bei mancher Wahrscheinlichkeit — bisher noch der sichere Beweis. Verff. glauben, daß mit dem Fortschreiten in dem Auffinden der Spirochäte, in der Überimpfung und in der Histopathologie der Nachweis, daß die Metalues auch unter dem Bilde der reinen spinalen progressiven Muskelatrophie auftreten kann, noch erbracht werden wird. Es wird jedoch nicht angenommen, daß die spinale Muskelatrophie ausschließlich metaluischen Ursprungs ist. — Die Arbeit, die sich bezüglich der einzelnen zur Diskussion stehenden Fragen z. T. auf eigene Beobachtungen stützen kann, enthält ein erschöpfendes Literaturverzeichnis. *Taterka* (Berlin).

Kessler, Siegfried: Erwiderung. Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 9, S. 407. 1925.

Erwiderung auf Frisch, (dies. Zentrlbl. **42**, 414.) Seine Behauptung über den Einfluß der schonenden Lebensweise des Tabikers auf die Aortitis beziehe sich nur auf die subjektiven Beschwerden. Es sei im übrigen nicht zu bestreiten, daß unter seinem eigenen Material eine ganze Reihe von Tabesfällen sowohl in klinischer als auch in anatomischer Hinsicht schwere Mesaortitis aufwiesen, an welcher Tatsache durch hypothetische Erwägungen nichts geändert werden könne. *Jahnel* (München).

Periphere Nerven:

Neuralgie, Kopfschmerz:

Sicard: Névralgie faciale et sympathalgie faciale. (Gesichtsneuralgie und Sympathicusschmerzen.) (*Hôp. Necker, Paris.*) Journ. des praticiens Jg. **39**, Nr. 50, S. 817. 1925.

Sicard stellt 2 Frauen von etwa 50 Jahren vor, die beide Schmerzen im Trigeminusgebiet haben, aber ganz verschieden zu beurteilen sind.

Fall 1. Leidet seit 10 Jahren an Schmerzen im rechten Unterkiefer. 6 gesunde Zähne ohne Erfolg gezogen. Schwere paroxystische Anfälle, dazwischen absolute Schmerzfreiheit. Spontane Remissionen von Tagen und Wochen. In der Schmerzperiode löst jede Berührung und Bewegung Anfälle aus. Neben den körperlichen Beschwerden besteht schwere Angst vor den Anfällen. — Typische Prosopalgie, tic douloureux. Objektive Sensibilität ungestört, Hirnnerven sonst intakt, streng halbseitiger Schmerz, lange Entwicklungsdauer der Krankheit.

Das ist die essentielle Trigeminusneuralgie peripherischen Ursprungs, deren Entstehung allerdings unbekannt ist. Vielleicht handelt es sich um plötzliche Schwel-

Digitized by Google

lungszustände des Nervenastes innerhalb des Knochenkanals. Einige Tropfen Alkohol zerstören den Nerven sofort und beseitigen den Schmerz auf mehrere Jahre.

Fall 2. Diffuse Gesichtsschmerzen, kontinuierlich, wechselnd in der Stärke, Neigung zur Ausbreitung auf die andere Seite und in das Occipitalgebiet. Leidet seit 10 Jahren, psychopathische Konstitution. Der Magen war stets empfindlich, dauernde Schmerzen nach einer Hysterektomie vor 8 Jahren. Keine Paroxysmen, Kauen beruhigt die Schmerzen. Alle Untersuchungen sonst negativ.

Es handelt sich um eine „Sympathalgie". Die sympathischen Fasern für die Knochen, die Gefäße, für die Trigeminusäste sind überempfindlich, ohne daß wir die Ätiologie bisher kennen. Die Behandlung ist ganz anders als oben. Alkoholinjektion würde vollkommen versagen und die Schmerzen nur verstärken. Die tiefe Einspritzung von Lipiodol bis auf den Knochen kann Heilung oder Besserung bringen. (Ref. ist stets für die reinliche Scheidung dieser beiden Affektionen eingetreten und hat insbesondere immer betont, daß die Alkoholinjektion bei der Pseudotrigeminusneuralgie, die auch von Neurologen nicht immer richtig erkannt wird, kontraindiziert ist.) *W. Alexander.*

Wessely, Alfred: Sensibilitätsstörung bei und nach akuter Beinhautentzündung. Zeitschr. f. Stomatol. Jg. 24, H. 1, S. 58—60. 1926.

Entzündliche Vorgänge an Zahnnerven und Periost rufen oft schwere Reizerscheinungen im Gebiete des N. trigeminus hervor, die zu hochgradigen Schmerzen und Störungen Veranlassung geben. Nur selten sieht man aber Herabsetzung oder sogar Aufhebung der Sensibilität durch entzündliche Vorgänge oder z. B. nach Extraktion des unteren Weisheitszahnes. Verf. beobachtete eine Hyperästhesie der Unterlippe von der Mitte des Lippenrots bis zum linken Mundwinkel und des Gebietes, das sich von hier abwärts bis zur Mitte des Kinnes erstreckt und nahezu bis zur Gegend des Angulus mandibulae reicht. Pat. litt an beträchtlichen Zahnschmerzen, die durch die Beinhautentzündung eines ersten linken unteren Prämolars ausgelöst wurden. Die Schädigung betraf mit Rücksicht auf die Sensibilitätsstörung jenen Nerventeil, der am Foramen mentale austritt, und konnte nur durch die Entzündung bedingt sein, da jede andere Noxe auszuschließen war. Am 3. Tage Extraktion des Zahnes. Die Sensibilitätsstörung bestand noch fast 6 Wochen weiter und klang dann langsam ab. Nach weiteren 4 Wochen normaler Befund. *Kurt Mendel.*

Ducuing, J., et A. Viela: Repérage des points d'émergence des principales branches du trijumeau. (Applications à la technique des injections d'alcool au cours des névralgies rebelles.) (Alkoholinjektion bei Trigeminusneuralgie.) Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Bd. 45, Nr. 1, S. 1—25. 1926.

Genaue anatomische Studien und klinische Vorschriften für die Alkoholinjektion bei Trigeminusneuralgie, deren Wiedergabe sich um so mehr hier erübrigt, als jeder, der Alkoholinjektionen am Trigeminus machen will, sich unbedingt selbst an der Leiche einüben und die regionäre Anatomie genau studieren muß. Die besonders exakten und wertvollen Angaben Härtels sowie übrigens auch der anderen deutschen Autoren werden nicht erwähnt. *W. Alexander* (Berlin).

Cholin, N.: Die chirurgische Behandlung der Trigeminusneuralgie. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 938 bis 943. 1925. (Russisch.)

Wegen der großen Gefährlichkeit der Resektion des Ganglion Gasseri beschränkt sich Verf. in Fällen von Neuralgie des 2. und 3. Astes auf eine ausgiebige extra- und intrakranielle Resektion der betr. Äste. Verf. berichtet über 4 erfolgreiche Fälle. Operiert wurde nach Horsley-Krause (temporäre Resektion des Jochbogens). *Bresowsky* (Dorpat).

Harrod, Morse: Sciatica. (Ischias.) Nat. eclectic med. assoc. quart. Bd. 17, Nr. 2, S. 122—126. 1925.

Harrod sieht in der Ischias eine Entzündung des Nervenstammes. Die Ursache kann in Ernährungsstörungen des Nerven selbst oder seines Zentrums beruhen. Eine Disposition zur Erkrankung gibt Arteriosklerose, Rheuma, Anämie, Syphilis und klimatische Einflüsse. Ausgelöst wird die Krankheit bei solchen Leuten besonders durch Kälteeinflüsse. Weiter kann der Nerv geschädigt werden durch Druck von Tumoren,

Digitized by Google

benachbarte Entzündungen, Unterleibsleiden usw. Die Krankheit tritt besonders zwischen 40 und 50 Jahren auf, selten bei Jugendlichen. Im Widerspruch zu den ersten Ausführungen über die Natur des Nerven hebt Verf. den Einfluß muskulärer Erkrankungen hervor. Muskelbewegungen können die Schmerzen auslösen, es entstehen Krämpfe in den Muskeln, der Schmerz wird ausgelöst durch Husten, Schnupfen, Pressen usw. Beginn des Leidens häufig mit einer Lumbago. Wichtig ist die Störung des Allgemeinbefindens des Patienten, besonders durch den gestörten Schlaf. Die Krankheit kann in einem Anfall auftreten, nicht selten wird aber daraus ein chronischer Zustand. Die Muskulatur fand Verf. öfter stark atrophisch, und dadurch entstanden Störungen im Gebrauch des Beines, die lange Zeit anhalten können. Die Therapie des Leidens, die der Verf. anwendet, ist ausschließlich medikamentös. Unter den angewandten Mitteln findet sich eine Reihe von Medikamenten, die bei uns kaum angewandt werden und kaum dem Namen nach aus älteren Zeiten bekannt sind. In der Diskussion werden hauptsächlich kasuistische Beiträge gebracht. Von einzelnen Rednern wird noch mehr, wie Verf. bereits getan hat, der Ausgang des Leidens eng zusammengebracht mit Herderkrankungen besonders in den Tonsillen, Zähnen, Nebenhöhlen usw. *Plate* (Hamburg).

D'Antona, Leonardo: Sopra un caso di sciatica spasmodica. (Über einen Fall von Ischias spastica.) (*Clin. per le malatt. ment. e nerv., univ., Siena.*) Atti d. reale accad. dei fisiocrit. in Siena Bd. 17, Nr. 5/6, S. 289—297. 1926.

47jähriger Mann erkrankt plötzlich mit Parästhesien in einem Bein, dann ischialgischen Schmerzen und Schwäche daselbst. Objektiv: Anscheinend diffuse Muskelatrophie, Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit, trophische und vasomotorische Störungen der Haut, Skoliose der Lendenwirbelsäule, hinkender Gang, leichte Herabsetzung der Motilität des Fußes und der Zehen, Reflexe auf der kranken Seite gesteigert, echte Kloni, Babinski, keine typischen Druckpunkte, kein Lasègue. WaR. im Serum negativ. Röntgen der Wirbelsäule normal.

Verf. hält den Fall für eine echte (d. i. periphere) Ischias spastica nach Brissaud. In Ermangelung einer Lumbalpunktion evtl. auch Lipojodolfüllung erscheint Ref. der Fall wenig geeignet, uns von der Existenzberechtigung einer Krankheit „Ischias spastica" zu überzeugen. Auch vermißt Ref. die Beschreibung des Zustandes der Hirnnerven, der oberen Extremitäten, der Bauchdeckenreflexe. *Josef Wilder* (Wien).

Weber, József: Über Ischias epidemica und sonstige Ischiasprobleme. Therapia (Budapest) Jg. 2, Nr. 12, S. 445—446. 1925. (Ungarisch.)

Verf. hat im Jahre 1924 24 Ischiasfälle beobachtet, davon 18 zwischen 20. II. und 7. IV. Im Jahre 1925 in den ersten 9 Monaten je 1 Fall, von Mitte Oktober bis 4. XI. also in 2 Wochen 7 Fälle! Für dieselben war keine der bekannten ätiologischen Ursachen nachweisbar. Solche Häufungen bezeichnet er als „epidemische Ischias", welche er mit damals herrschenden epidemischen Erkrankungen in Zusammenhang bringt; im Jahre 1924 bestand damals endemische Influenza, im Jahre 1925 eine Tonsillitisepidemie. Er sieht in seinen epidemisch gehäuften Ischiasfällen neurotrope bzw. ischiotrope Äquivalente der jeweils herrschenden aktuellen infektiven Krankheit. — Bei einer 42. Frau des Jahres 1924 bestand eine jeder Therapie trotzende Schmerzhaftigkeit der 4. und 3. Zehe des rechten Fußes. Nach der 2. Milchinjektion trat Schmerz im betreffenden Peroneus auf, dann charakteristische Ischias. Die Heteroproteintherapie kann also bei ätiologisch ungeklärten Schmerzen als Differentialdiagnose für Ischias in Betracht kommen. In seinen Fällen konnte dem Fehlen des Achillessehnenreflexes keinerlei diagnostischer Wert beigemessen werden. — Die Fälle von 1924 heilten sämtlich, die von 1925 stehen noch in Behandlung zur Zeit der Veröffentlichung. Verf. sieht in seiner epidemischen Ischias ein Analogon zu den Beobachtungen von Jochmann. *Karl Hudovernig.*

André-Thomas, et J. Phelipeau: La névralgie crurale et les radiculalgies lombo-sacrées. (Die Cruralneuralgie und die lumbo-sacralen Wurzelneuralgien.) Paris méd. Jg. 15, Nr. 40, S. 269—277. 1925.

Die Cruralneuralgie ist ziemlich oft mit der Neuralgie des Ischiadicus und Obturatorius vergesellschaftet, besonders bei Affektionen der Cauda equina, ebenso auch

Digitized by Google

bei anscheinend banaler Ischias wird sie beobachtet, was in der Literatur nicht genügend gewürdigt wird. Aus diagnostischen und prognostischen Gründen ist die Kenntnis dieser Verhältnisse aber von großer Wichtigkeit. Das nicht seltene Zusammentreffen der Ischias mit der Cruralneuralgie hat u. a. Dejerine zu der Ansicht von dem radikulären Sitz vieler Ischiasfälle gebracht. Es werden 3 einschlägige Fälle mitgeteilt, von denen 2 reine Cruralneuralgien, der 3. einen Mischfall mit Vorherrschen der Neuralgie im Cruralgebiet darstellen. Die Schmerzen sitzen an der Vorderfläche der Ober- und Innenfläche des Unterschenkels, auch ausschließlich im Knie. Es sind lancinierende oder krampfartige Schmerzen oder nur Parästhesien. Sie steigern sich bei Hyperextension des Beines, beim Husten und bei Anstrengungen. Herabsetzung der Kraft, Hypotonie und Atrophie in den Streckmuskeln. Plötzliches Einknicken im Knie ist charakteristisch und oft die erste Klage. Ein Druckpunkt findet sich neben und nach außen von der Arter. femoralis. Der Hyperextensionsschmerz ist in Bauchlage leicht nachzuweisen; er entspricht etwa dem umgekehrten Lasègueschen Symptom. Der Knierefiex ist erhalten, abgeschwächt oder verschwunden; auch der Achillesreflex ist oft beeinträchtigt, auch wenn sonstige Zeichen der Ischias kaum angedeutet sind. Oft besteht Hypästhesie, fast nie Anästhesie im Gebiet des Cruralis, auch oft im Gebiet benachbarter Nerven, stets von radikulärer Anordnung. Vasomotorische Störungen sind selten und nicht sehr ausgeprägt. Auch im Obturatoriusgebiet findet sich oft Druckschmerzhaftigkeit, Elongationsschmerz besonders bei gleichzeitiger Abduction. Das geschilderte Syndrom spielt sich im Gebiet des Plexus lumbalis oder in den vorderen Ästen der Lumbalwurzeln ab. Die Skoliose ist meist weniger ausgesprochen als bei der Ischias. Die Schmerzvermehrung durch Bewegungen der Wirbelsäule ist von Fall zu Fall verschieden, im ganzen nicht sehr hochgradig. Die Druckschmerzhaftigkeit der Dornfortsätze findet sich hier auch wie bei der Ischias. In der Mehrzahl der Fälle entspricht die Cruralneuralgie mehr dem Bilde einer Wurzel- als dem einer Stammneuralgie. Sie ist oft das Vorspiel einer Neuritis, die Abgrenzung gegen diese ist unscharf. Die reine Cruralneuralgie ist sicher erheblich seltener als ihre Kombination mit der Ischias. Umgekehrt wird man bei peinlicher Untersuchung der Ischiasfälle erstaunt sein, wie oft Symptome von Beteiligung des Cruralis und Obturatorius zu finden sind. In allen solchen Fällen läßt die Verbreitung der sensiblen und motorischen Symptome radikulären Ursprung erkennen, und diese Fälle sollten lieber als lumbosakrale Wurzelneuralgien oder -neuritiden bezeichnet werden. Bei der Radikulitis ist der Druck- und Elongationsschmerz großen Schwankungen unterworfen, er kann oft ganz fehlen. Die Schmerzen entstehen viel mehr spontan als auf Druck; Valleixsche Punkte und Lasègueses Symptom fehlen oft ganz. Seit Dejerine ist der hohe Sitz vieler Neuralgien nicht mehr zu bezweifeln, oft handelt es sich um den intrameningealen Abschnitt der Wurzeln, so besonders bei der Lues. Die Resultate der Liquoruntersuchung bestätigen diese Ansicht. Eiweißvermehrung ohne Zellvermehrung wurde oft gefunden und spricht für venöse Stauung. Lymphocytose weist auf intrameningeale Radikulitis hin; hier finden sich radikuläre Sensibilitätsstörungen, Reflexstörungen, Fehlen von Wirbelsäulenversteifung, Fehlen von Druck- und Elongationsschmerz. Für extrameningeale Funikulitis — Hauptrepräsentant der echten Ischias — spricht Contractur der Rückenmuskeln, Schmerzvermehrung durch Bewegung, Eiweiß — ohne Zellvermehrung im Liquor, Fehlen von Druckempfindlichkeit der Nervenstämme. Der Cruralis, Obturatorius und Ischiadicus haben als einzige gemeinsame Ursprungswurzel die 4. Lumbalwurzel, und es ist bei den Mischfällen sicher oft hier die initiale Läsion anzunehmen. *W. Alexander* (Berlin).

Lapinsky, M.: Über Intercostalneuralgie und Veränderung des Herzrhythmus infolge von Erkrankung der Organe des kleinen Beckens. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 346—381. 1925. (Russisch.)

1. Intercostalneuralgie wird nicht selten bei Genitalerkrankungen beobachtet. 2. Die zentripetalen Sympathicusbahnen sind die Vermittler zwischen dem Genital

Digitized by Google

und den genannten Nerven, indem sie den Reiz auf die spinalen vasomotorischen Zentren übertragen. Letztere stören u. a. die Blutzirkulation in den Zwischenrippengeweben und verursachen diejenige Empfindung, die man zur Neuralgie zählt. 3. Die gelegentliche An- oder Hyperästhesie an der betreffenden Hautzone erklärt sich entwicklungsgeschichtlich, da der Müllersche und Wolffsche Kanal, die Pro- und Mesonephrose, und die sonstigen Primordialorgane einst im kranialen Pol des Embryo lagen und wahrscheinlich im Zusammenhang mit den Nervenwurzeln der oberen dorsalen Metameren standen. 4. Die primären sympathischen Nerven liegen in der Regel links und innervieren beiderseitige Genitalien und Adnexe, erst später kommen, die angeborene Asymmetrie korrigierend, die rechtsseitigen splanchnischen Nerven hinzu. Daher stammt die Prävalenz der Lokalisation der Intercostalschmerzen links, oft in der Herzgegend. *Higier.*

Sympathisches System und Vagus:

Taylor, K. P. A., and J. B. Rice: Injection of the sciatic nerve as substitute for femoral periarterial sympathectomy. (Injektion in den Nervus ischiadicus als Ersatz für die periarterielle Sympathektomie der Art. femoralis.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 86, Nr. 3, S. 191—192. 1926.

Bei 12 männlichen Patienten im Alter von 9—70 Jahren, die trophische Ulcera des Unterschenkels hatten, wurde der Nervus ischiadicus im mittleren Drittel des Oberschenkels freigelegt. In 6 Fällen wurde dann entweder physiologische NaCl-Lösung oder 5 proz. Alkohol in den Nerven injiziert. Darauf erfolgte nur eine geringe oder gar keine Gefäßerweiterung. Bei den übrigen 6 Kranken wurden 5—10 ccm 15 proz. Alkohols verwendet mit dem Erfolge, daß deutliche Hyperthermie und Gefäßerweiterung am Unterschenkel und Fuß auftrat und die Ulcera innerhalb 5 Wochen zur Heilung kamen. Die Methode erscheint zuverlässiger als die nicht ungefährliche und nicht immer erfolgreiche periarterielle Sympathektomie. Es gelingt dabei, Hyperthermie ohne Lähmungen zu erzielen; etwa auftretende Paresen sind nur von kurzer Dauer. Arteriosklerotiker reagieren auf dieses Verfahren ungünstig. Die Indikationen für Alkoholinjektionen in den Nervus ischiadicus sind die gleichen wie für die Sympathektomie. Alle Affektionen, bei denen eine Besserung der Zirkulationsverhältnisse in einer Extremität wünschenswert erscheint, kommen in Betracht, also drohende Gangrän, Raynaud, intermittierendes Hinken, Erythromelalgie, Ulcera und andere trophische Störungen. *Taterka* (Berlin).

Celasco, Juan Luis: Zu einem Fall von Sklerodermie mit Sklerodaktylia. Semana méd. Jg. 32, Nr. 51, S. 1522—1527. 1925. (Spanisch.)

Im Anschlusse an die Besprechung eines einschlägigen Falles stellt Verf. folgende Sätze auf: 1. Die Sklerodermie ist keine bestimmte nosologische Einheit. 2. Sie ist ein allgemeiner, kein lokaler Prozeß. 3. Sie kann verschiedene Ursachen haben. 4. Bei der Symptomenbildung spielen die Hauptrolle das sympathische Nervensystem und die stets sekundär befallenen endokrinen Drüsen. 5. Die Krankheit kann sich zurückbilden und heilen. *Reich* (Breslau).

Margolin, G. S.: Tetanie und Raynaudsche Krankheit. (*Nervenklin., milit.-med. Akad., Leningrad.*) Klin. Wochenschr. Jg. 5, Nr. 4, S. 148. 1926.

44jähriger Mann, mäßiger Trinker, starker Raucher. Vor 3 Monaten Malaria, mit Chinin geheilt. Vor 6 Wochen tetanische Beugekrämpfe im rechten Arm, dann allmählich auch in den anderen Gliedmaßen. Vor 5 Tagen quälende Schmerzen in der linken Hand, 4. und 5. Finger blaß und kalt, mit dunkelblauer Verfärbung der Endphalangen und der Nägel. In den asphyktischen Fingern niedrigere Temperatur. Bald darauf erneutes Auftreten von tetanischen Beugekrämpfen im rechten Arm und den unteren Extremitäten. Trousseausches Phänomen, Erbsches Symptom, Lustsches Symptom und Beinphänomen positiv, kein Facialisphänomen. Unter Calcium- und Chininbehandlung Besserung, nach 1 Monat fast völlige Rückbildung aller Symptome bei nicht sehr ausgeprägtem Fortbestehen von Merkmalen latenter Tetanie. — Ein Zusammenhang mit der überstandenen Malaria wird abgelehnt. „Es handelt sich wohl um Gleichgewichtsstörungen im Bereiche des vegetativen Nervensystems im Sinne der Verstärkung des sympathischen Zustandes der Gewebe, die das Auftreten der beschriebenen Kombination beförderten." *Taterka* (Berlin).

Digitized by Google

Grenet, H., et P. Isaac-Georges: Etude histologique des artérioles cutanées dans trois cas de syndrome de Raynaud. (Histologische Untersuchung der Hautarteriolen in 3 Fällen von Raynaudschem Syndrom.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 42, Nr. 4, S. 151—153. 1926.

In allen drei Fällen wurde eine Arteriolitis in intravital excidierten Hautstückchen gefunden. Da von diesen drei Fällen Gangrän in einem Fall überhaupt noch nicht, in einem nur in minimalem Maße vor mehreren Monaten bestanden hatte und im dritten zwar zur Zeit der Untersuchung, aber nicht an der excidierten Stelle eine solche vorlag, so muß die Arteriolenaffektion als Ursache und nicht als Folge der Gangrän angesprochen werden. *Wohlwill.*

Achard, Ch.: Erythromélalgie. (Erythromelalgie.) (*Hôp. Beaujon, Paris.*) Bull. méd. Jg. 40, Nr. 3, S. 69—72. 1926.

Die Erythromelalgie unterscheidet sich von den echten, bakteriell oder toxisch bedingten Entzündungsprozessen durch Rötung, Hitze, Schmerz und Schwellung ohne exsudativ-entzündliche Erscheinungen. Anfallsweise auftretende schmerzhafte Gefäßerweiterung grenzt sie gegen andere vasomotorische Störungen ab. Vorzugsweise erkranken Erwachsene, doch findet sich die Krankheit nicht allzu selten auch bei Kindern und Greisen; das männliche Geschlecht wird häufiger betroffen. Organische Nervenleiden, Geistesstörungen, Intoxikationen und Infektionskrankheiten treten mitunter gleichzeitig mit der Erythromelalgie auf. Prädisponierend wirken Kälte und Muskelermüdung. In Ausnahmefällen erstreckt sich die Erkrankung auf das Gesicht, die Ohrläppchen, die Nase oder auf Brüste und Hoden. Beziehungen zur Raynaudschen Krankheit sind oft nachzuweisen. Die Erythromelalgie verläuft gewöhnlich progressiv. Die einzelnen Anfälle sind von verschiedener Dauer, sie brauchen nur einige Stunden anzuhalten, können aber auch mehrere Wochen dauern. Zahlreiche Theorien beschäftigen sich mit der Pathogenese der Erythromelalgie. Cerebrale wie medulläre Affektionen, neuritische und vasculäre Prozesse werden als Ursache angesehen. Am wahrscheinlichsten ist das Vorliegen einer Gleichgewichtsstörung im vegetativen Nervensystem. Die Prognose quoad vitam ist nicht schlecht, doch handelt es sich um eine hartnäckige und lästige Erkrankung, die u. U. später einer Raynaudschen Gangrän Platz machen kann. Die Behandlung besteht in Ruhe, Hochlagerung der beteiligten Glieder und Eisumschlägen. Weiterhin wird Faradisation, antisyphilitische Behandlung und Opotherapie (besonders Ovarialextrakte bei weiblichen Kranken) empfohlen. In einem Falle hat sich die epidurale Stovaininjektion bewährt, auch die Foerstersche Operation ist schon versucht worden. Mitteilung eines Falles. *Taterka.*

Černi, L.: Zur Frage der Klinik und Pathogenese der Hemiatrophia faciei. Ukraïnśkij medičnij vistnik Jg. 1925, Nr. 5/6, S. 63—74. 1925. (Ukrainisch.)

Černi beschreibt die Geschichte eines Kranken mit Hemiatrophia faciei, bei dem neben einem tuberkulösen Herd in der rechten Lungenspitze mit pleuritischen und peripleuritischen Verwachsungen eine tiefe Narbe in der Gegend der Halsmuskulatur bestand, die bis zur Wirbelsäule reichte. Es bestanden auch oculopupilläre Symptome, die für die Beteiligung des Halssympathicus sprachen. Verf. bringt die Hemiatrophie in Zusammenhang mit der Beteiligung des Halssympathikus. *M. Kroll* (Minsk).

Giroux, René: La claudication intermittente. (Das intermittierende Hinken.) (*Clin. méd., univ., Paris.*) Bull. méd. Jg. 40, Nr. 9, S. 234—237. 1926.

Klinik, Prognose, Ätiologie (Syphilis in 30% der Fälle, Nikotin in 3 von 8 Fällen), Pathogenese und Therapie (Nitrite, Diathermie, Sympathicektomie) werden besprochen. *Kurt Mendel.*

Determann: Diathermie bei Dysbasia angiosclerotica. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 52, Nr. 8, S. 323. 1926.

Verf. empfiehlt Diathermie bei Dysbasia angiosclerotica, sie bewirke Besserung des Schmerzes und des Hinkens. Der Erfolg sei um so besser, je mehr die Gefäßkrampfkomponente gegenüber der sklerotischen beim Zustandekommen der Gefäßenge vorwiege, der sitzende Patient stellt einen oder beide Füße auf die eine Elektrode, während er auf der dem Gesäß breit aufliegenden anderen Elektrode sitzt oder letztere am Rücken festgebunden wird. Nur im Falle des Versagens der Diathermie ist operativ zu behandeln (periarterielle Sympathektomie). *Kurt Mendel.*

Digitized by Google

Stoffwechsel und endokrine Drüsen:

Allgemeines über innere Sekretion:

Bychovskij, Z.: Zur Lehre von den Drüsen mit innerer Sekretion. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 76—82. 1925. (Russisch.)

Bychovskij nimmt an, daß bei jeder Affektion des endokrinen Systems fast sämtliche Drüsen Anteil nehmen. Der Antagonismus zwischen den einzelnen Drüsen beruht mehr auf pharmakologischen Experimenten als auf klinischen Tatsachen. Den Geschlechtsdrüsen ist die Hauptrolle in der Regulierung des endokrinen Systems zuzuschreiben. B. vergleicht ihre Funktion mit der Rolle eines Orchesterchefs. Das ganze endokrine System ist mit einer siebenseitigen (warum nur 7 Seiten? Ref.) Pyramide zu vergleichen, deren Spitze die Geschlechtsdrüsen bilden. Verliert eine der Seiten das Gleichgewicht, dann ist das Gleichgewicht der ganzen Pyramide gefährdet. *M. Kroll.*

Villa, Luigi: L'elemento endocrino nella diagnostica comune ed extraendocrinologica. (Analisi clinica.) (Über den endokrinen Faktor in der allgemeinen Diagnostik bei nicht eigentlich endokrinen Störungen.) (*Istit. di clin. med., univ., Pavia.*) Endocrinol. e patol. costituz. Jg. 2, H. 2/3, S. 19—49. 1923 u. Jg. 3, H. 1/3, S. 34—47. 1924.

An der Hand von 8 Beobachtungen, die ausführlich wiedergegeben werden, zeigt Verf., wie namentlich eine abnorme Funktion der Thyreoidea und der Sexualdrüsen für die Deutung eines komplizierten Krankheitsbildes von entscheidender Bedeutung sein können, selbst wenn daneben andere funktionelle (Hyperchlorhydrie) oder organische Veränderungen (Lungentuberkulose) bestehen. Unter den Fällen sind eine Beobachtung von männlichem Bau der Gliedmaßen mit Hypertrichosis der Beine und menstruellen Störungen bei einer im übrigen klinisch mit normal entwickelten Sexualorganen ausgestatteten Frau, sowie ein anderer Fall von Raynaudscher Krankheit mit Lungentuberkulose erwähnenswert, bei der eine Atrophie der Thyreoidea bestand. Allgemein schließt Verf. auf die Wichtigkeit der endokrinen Faktoren nicht nur als determinierende Ursache des Leidens, sondern vor allem auch als Begleit- und Folgeerscheinung sowie als prädisponierendes Moment. Dementsprechend verweist er auf den Wert einer eingehenden Untersuchung des endokrinen Systems besonders bei Störungen nervös-autonomer Natur. *Jastrowitz* (Halle).

Herman, E.: Immobilité pupillaire à la lumière dans un cas d'alopécie en aires d'origine endocrino-sympathique. (Lichtstarre der Pupillen bei einem Fall von Alopecia areata endokrin-sympathischen Ursprungs.) (*Hôp. Czyste, Varsovie.*) Encéphale Jg. 21, Nr. 1, S. 64—70. 1926.

14jähriges Mädchen leidet seit 3 Jahren im Anschluß an einen Schreck an epileptischen Anfällen, die durch Brom-Luminal zurücktreten. Fast gleichzeitig mit dem Auftreten der Anfälle beginnt eine Alopecie, die zu fast völliger Kahlheit des Schädels und des Rumpfes führt; außerdem zeitweise Anfälle von Lichtstarre mit Mydriasis für einige Minuten, ohne erkennbare Veranlassung und ohne sonstige Begleiterscheinungen. Das Krankheitsbild wird auf eine pluriglanduläre Insuffizienz mit Sympathikotonie zurückgeführt. *Geelvink* (Frankfurt a. M.).

Hypophyse, Epiphyse, Diabetes insipidus:

Tauber, Kurt: Über die klinische Auswertung von Hypophysenhinterlappenpräparaten. (*Krankenh. Wieden, Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 52, S. 1377—1378. 1925.

Als Zeichen einer guten Wirksamkeit des zu prüfenden Präparates wird der Nachweis einer 3 Stunden andauernden (von kompensatorischer Polyurie gefolgten) Diuresehemmung, sowie Verkleinerung des Gallenblasenschattens im Röntgenbild $^1/_2$ Stunde nach der Injektion angesehen. Das geprüfte Glanduitrin Richter entsprach diesen Forderungen. *E. Spiegel.*

Hirsch, Oskar: Zur Klinik der Hypophysentumoren. Wien. klin. Wochenschr. Jg. 39, Nr. 4, S. 93—95. 1926.

Bei Hypophysentumoren sind neben den innersekretorischen Störungen besonders wichtig die Augensymptome: Herabsetzung der Sehschärfe, häufig bitemporale Hemianopsie, nicht selten primäre Sehnervenatrophie, nur ausnahmsweise

Digitized by Google

Stauungspapille und Neuritis optica. Bei der Akromegalie unterscheidet Verf. zwei Formen; bei der benignen fehlen Sehstörungen, weil der Hypophysentumor sich nicht nach oben hin vergrößert; die Kranken haben heftige Kopfschmerzen, aber keine Genitalstörungen, meist besteht Hypertrichosis; im Hypophysenvorderlappen findet man ein gutartiges, eosinophiles Adenom. Bei der malignen Form leiden die Kranken an Sehstörungen, weil der Tumor auch nach oben hin wächst, die akromegalen Symptome sind sehr ausgeprägte, häufig findet man Zeichen von Dystrophia adiposo-genitalis oder Augenstörungen, Kopfschmerzen fehlen meist, der Tumor der Hypophyse ist nicht immer ein eosinophiler. *Otto Maas* (Berlin).

Towne, E. B.: Roentgen-ray treatment of pituitary tumors. (Röntgenbehandlung von Hypophysengeschwülsten.) (*Dep. of surg., Stanford univ. med. school, San Francisco.*) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **15**, Nr. 1, S. 92—102. 1926.

Bei 2 Fällen von Hypophysengeschwulst konnte durch Röntgenbestrahlung ein vollkommener Rückgang der Sehstörung, in einem der beiden Fälle Heilung einer partiellen Lähmung der äußeren Augenmuskeln erzielt werden. Die Behandlung bestand in Kreuzfeuer-Bestrahlung mit einem Drittel der maximalen Hautdosis, einmal im Monat. Im ersten Falle dauert die Heilung bereits $3^1/_4$ Jahre, im zweiten Falle 2 Jahre. Bei einem der beiden Fälle konnte die durch die Bestrahlung erzielte Verkleinerung des Tumors auch röntgenographisch aus der Verlagerung der innerhalb der Geschwulst sichtbaren Kalkschatten erschlossen werden. Alle Adenome der Hypophyse sollen mit mäßigen Röntgendosen bestrahlt werden; tritt daraufhin keine Besserung ein, so kommt die Operation in Betracht. *A. Schüller* (Wien).

Stolkind, E.: A case of juvenile acromegaly with congenital aortic stenosis, treated with X-rays. (Fall von jugendlicher Akromegalie mit kongenitaler Aortenstenose, der mit Röntgenstrahlen behandelt wurde.) Proc. of the roy. soc. of med. Bd. **19**, Nr. 3, clin. sect., 9. X. 1925, S. 5—6. 1926.

19 Jahre altes Mädchen mit Zeichen von Akromegalie: Arcus superciliaris abnorm entwickelt, Zwischenräume zwischen den meisten Zähnen, Unterkiefer springt vor. Sella turcica vergrößert. *Otto Maas* (Berlin).

Bravetta, Eugenio: Cisti ipofisaria e distrofia adiposo-genitale. Studio clinico, psico-patologico e anatomo-patologico. (Hypophysäre Cyste und Dystrophia adiposo-genitalis.) (*Osp. psichiatr. prov. di Milano, Mombello.*) Boll. d. soc. med.-chir. Pavia Jg. **37**, H. 6, S. 851—872. 1925.

30jähriger Mann, von Haus aus schwachsinnig. Im 6. Lebensjahr Auftreten einer hochgradigen Myopie und eines bilateralen Nystagmus. Mit 17 Jahren rascher, starker Fettansatz. Stimme behielt ihren kindlichen Charakter, nie irgendwelche sexuelle Betätigung. Bei der Anstaltsaufnahme Körperlänge 1,52 m, Gewicht 72 kg, starke Fettpolsterung besonders an der Brust, an den Hüften und Oberschenkeln. Kurze plumpe Hände und Füße, Hautdecken trocken, kühl, von gelblich bleicher Farbe. Spärlicher Flaum am Kinn, Oberlippen und Wangen ohne Behaarung, spärliche Behaarung in der Achselhöhle und am Mons Veneris. Penis 4 cm lang, Hoden klein, derb. Keine Vergrößerung der Sella. Der Kranke kam wegen eines Verwirrtheitszustandes mit schwerer psychomotorischer Erregung in ärztliche Beobachtung und ging nach 14 Tagen im Koma zugrunde. — Die anatomische Untersuchung fand eine ganz kleine, hirsekorngroße Cyste im Vorderlappen der Hypophyse. *Ed. Gamper* (Innsbruck).

Babonneix, L., et J. Lhermitte: Diabète insipide par encéphalite infundibulo-tubérienne d'origine syphilitique. (Diabetes insipidus durch syphilitische Encephalitis der Infundibulum- und Tuber cinereum-Region.) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 36, S. 1415—1417. 1925.

Bei einer Frau trat nach Operation eines Mammacarcinoms Diabetes insipidus auf; Krebsmetastasen in Pleura, Lunge und Leber. Gleichzeitig Zeichen von Syphilis. Die anatomische Untersuchung ergab das Fehlen von Carcinom im Gehirn. Es fand sich eine basale Meningitis, sowie Gefäß- und Zellveränderungen am Hypophysenstil und entsprechend den Kernen des Tuber cinereum. Die Hypophyse war normal. *Karplus* (Wien).

Johnsen, Sigurd W.: Pituitary disease in a boy, aged four. (Hypophysäre Störung bei einem 4jährigen Knaben.) (*Gen. hosp., Passaic, N. J.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **86**, Nr. 1, S. 31—32. 1926.

Das 4jährige Kind kam seiner Körperentwicklung nach einem 10jährigen gleich. Gewicht

Digitized by Google

29,5 kg, Körperlänge 125 cm, Kopfumfang 51, Hals 29, Brustkorb 67, Hüftumfang 65 cm, Armlänge 36 cm, Beinlänge 57 cm. Auffallend stark entwickelter Penis von 12,5 cm Länge. Sella erweitert, antero-poster. Durchmesser: 1,3 cm, Tiefe 1,1 cm. Skelettentwicklung nach den Röntgenbildern etwa dem 14. Lebensjahre entsprechend. *Ed. Gamper* (Innsbruck).

Schilddrüse:

Engel, Werner: Zur Innervation der Schilddrüse. (*III. med. Klin., Univ. Berlin.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **211**, H. 3/5, S. 433—439. 1926.

Sowohl bei lokaler als auch bei intravenöser Applikation von Adrenalin wurde eine Gefäßerweiterung an der Schilddrüse beobachtet. Der Sympathicus scheint demnach der Schilddrüse Vasodilatatoren zuzuführen. *Spiegel* (Wien).

Lang, Käthe: Die Ergebnisse einer einjährigen Kropfbehandlung in den Pforzheimer Schulen. Klin. Wochenschr. Jg. 5, Nr. 5, S. 182—185. 1926.

Verf., Schulärztin, berichtet über die Ergebnisse der seit einem Jahre in sämtlichen Volks- und höheren Schulen Pforzheims durchgeführten Kropfbehandlung mittelst kleiner Joddosen (2mal wöchentlich 1 mg Dijodyl [Riedel]); die Gesamtzahl der verarbeiteten Fälle beträgt 6913 Kinder (3670 Knaben und 3243 Mädchen). Der Erfolg der Jodkuren war schon nach diesem ersten Behandlungsjahr ein günstiger, die Schilddrüsenbreiten sind um fast 1 cm durchschnittlich zurückgegangen, ein beträchtlicher Hundertsatz der Kinder hat seinen Kropf ganz oder fast ganz verloren, so daß 1925 60% der 15jährigen Schüler als kropflos bezeichnet werden können, im Gegensatz zu 1924, wo nur 17% im gleichen Alter eine normale Schilddrüse aufwiesen. Es wurde kein einziger Fall von Jodschaden bei den Kindern festgestellt (Ref.: Kinder!). *G. Stiefler* (Linz).

Jackson, Arnold S.: Iodin hyperthyroidism. An analysis of fifty cases. (Jod-Hyperthyreoidismus; Analyse von 50 Fällen.) (*Jackson clin., Madison.*) Boston med. a. surg. journ. Bd. **193**, Nr. 25, S. 1138—1140. 1925.

Verf. will zwischen Basedow, toxischem Adenom und Jod-Hyperthyreoidismus scharf unterschieden wissen. 50 Fälle im Laufe der letzten 3 Jahre, wovon der größere Teil im letzten Jahre zur Beobachtung gelangte. Der Jod-Hyperthyreoidismus wird nur bei Personen mit Adenomkröpfen beobachtet, meist im Alter zwischen 30—40 Jahren, gelegentlich auch bei Kindern und alten Leuten. Tremor, Nervosität, Gewichtsverlust, Tachykardie, Adynamie, Schlafstörung wie bei allen übrigen Formen des Hyperthyreoidismus. Dauer des Zustandes im Durchschnitt 2 Monate. Die nervösen Störungen zeigen eigenartige Unruhe, auch Inkohärenz, zuweilen delirante Zustandsbilder. Gewichtsverlust rapid (2 Kranke der Serie verloren in 2 Monaten mehr als 50 Pfund). Rascher Wechsel der Appetenz und der Heißhunger der Basedowiker fehlen. Tachykardie dauernd und schwer (in einem letal endigenden Falle sank die Pulsfrequenz während dreier Tage nicht unter 175). Das Jod immunisiere in derartigen Fällen das Myokard gegenüber der Digitaliswirkung. Exophthalmus und Geräusche kommen nicht vor. Die Schilddrüse ist asymmetrisch vergrößert und enthält multiple Adenome. Blutdruck zeigt nicht die typische diastolische Senkung wie beim Basedow; Grundumsatz beim Basedow durchschnittlich um 54%, hier jedoch nur um 31%, beim toxischen Adenom um 29% erhöht. Die Vergiftungen waren zumeist medizinaler Art, zum Teil durch den Gebrauch von Geheimmitteln hervorgerufen. Der pathologisch-anatomische Befund differiert von dem Bilde der Basedowstruma und ist derselbe wie beim toxischen Adenom: Adenomknoten, cystisch, fibrös usw. degeneriert, reichlich Kolloid. Mikroskopisch: Acini mit flachen, kubischen Zellen, Kolloid enthaltend; stellenweise fetale Zellschläuche und hypertrophische Zellen. Während Verf. in einer Serie von 100 Strumektomien wegen Basedow keinen Todesfall hatte, in einer gleichen Serie von toxischem Adenom 2, sind in dieser Serie von 50 Fällen von Jod-Hyperthyreoidismus 3 gestorben, davon einer nach Strumektomie. In frühen Stadien kann sofortiges Jodaussetzen und medikamentöse Therapie helfen (3 Heilungen, 2 Todesfälle, die übrigen wurden operiert). In den ersten Tagen nach der Operation kommen oft Delirien vor und

Digitized by Google

bedenkliche Tachykardien. Verf. gibt außerdem an, daß er zur Prophylaxe und Behandlung beginnender Kolloidkröpfe bei über 100 Fällen in den letzten 2 Jahren Jod verordnet hatte, aber davon wenig befriedigende Erfolge gesehen hatte. Trotzdem erachtet er, solange Jodmangel als einziges ätiologisches Moment in Frage kommt, diese Therapie als indiziert, natürlich nur unter ärztlicher Kontrolle. Eine Tabelle gibt einen Überblick über Alter, Dauer der Jodbehandlung, Grundumsatz, Gewicht, Therapie.

Alexander Pilcz (Wien).

Koopman, J.: Über konjugale und luetische Basedowsche Krankheit. Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 43, S. 1159—1160. 1925.

Nach Anführung einiger einschlägiger Fälle aus der Literatur berichtet der Autor über eine eigene Beobachtung. Bei einer Frau trat 1 Jahr nach einer luetischen Infektion ein typischer Basedow auf. Die Untersuchung ihres Bräutigams, der sie infiziert hatte, ließ gleichfalls eine schwere Thyreotoxikose feststellen. Nach Meinung des Autors ist der luetische Basedow nicht selten. Das Auftreten einer Tachykardie bei Lues zeigt die Möglichkeit eines beginnenden Basedow an. Die Blutuntersuchung soll bei jedem Basedow unbedingt gemacht werden.

Ed. Gamper (Innsbruck).

Weill, René: Traitement du goitre exophthalmique par les agents physiques. (Physikalische Behandlung des Basedowkropfes.) Oeuvre méd. Jg. 3, Nr. 10, S. 296 bis 298. 1925.

Weill bespricht die Behandlung des Basedowkropfes durch Faradisation, Galvanisation und Röntgenbehandlung. Die zuerst empfohlene Faradisation ist ganz wieder verlassen. Galvanisation und Röntgenbehandlung liefern bei einigen Versagern zumeist die besten Resultate, die sich darin äußern, daß der Kropf kleiner wird, Exophthalmus, Tachykardie und nervöse Störungen abnehmen. Verf. erwähnt die Ansichten der verschiedenen Autoren, von denen einzelne mehr der Galvanisation, andere der Röntgenbehandlung, andere einer Kombination beider Verfahren zuneigen, und bespricht auch die Eigenarten der Formes frustes mit besonderer Betonung der Fälle ohne Hyperthyreoidismus und der Bedeutung der Adrenalinreaktion für die Frage des Bestehens eines Hyperthyreoidismus. Die Arbeit enthält keinerlei neue Gesichtspunkte.

E. Tobias (Berlin).

Delherm et Laquerrière: Le traitement électrique du syndrome de Graves. (Die elektrische Behandlung der Basedowschen Krankheit.) Paris méd. Jg. 15, Nr. 51, S. 526—528. 1925.

Durch die Röntgenbehandlung ist die Anwendung der Elektrotherapie bei der Basedowschen Krankheit mit Unrecht ins Hintertreffen geraten. Wie die eine Methode der anderen zeitweilig überlegen scheint, so ist vielfach ihre Vereinigung unentbehrlich. Verff. beginnen mit Röntgenbehandlung und unterbrechen die einzelnen Serien mit elektrotherapeutischen Sitzungen. Über die Faradisation existiert eine beträchtliche französische Literatur mit z. T. ansehnlichen Erfolgen. Bei der Galvanisation — die Literatur vergißt nicht die bekannten und berühmten deutschen Elektrotherapeuten — werden desgleichen gute Resultate gemeldet. Verff. bedienen sich der Galvanofaradisation der Schilddrüse und fügen bisweilen die Faradisation der Augen, seltener der Herzgegend hinzu. Die Technik wird eingehend beschrieben. Die Resultate zeigen sich besonders bei den Sekundärsymptomen der Erkrankung wie bei dem Allgemeinzustand, der Diarrhöe, dem Gewicht, der Tachykardie; Struma und Exophthalmus werden wenig verändert. Die Untersuchung des Stoffwechsels unterrichtet über den Verlauf der Krankheit.

E. Tobias (Berlin).

Redlich, Fritz: Über die Gefahren der Jodtherapie des Morbus Basedow und der Hyperthyreosen. (*Allg. Krankenh., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 41, S. 1102—1106. 1925.

Nach einem historischen Überblick über die Verwendung von Jod in der Kropf- bzw. Basedowtherapie und die dabei gemachten Erfahrungen zeigt Redlich an Hand von 8 eigenen Beobachtungen die Gefahren und die Unzweckmäßigkeit auch kleinster Joddosen bei Vorhandensein hyperthyreotischer Erscheinungen. Wenn auch in

Digitized by Google

den letzten Jahren über vereinzelte Erfolge der Jodtherapie berichtet wird, so muß man doch daran festhalten, „daß eine jede solche Behandlung einen Versuch darstellt, der für den Kranken mit einem großen Risiko verbunden ist. Man kann ja heute zugeben, daß gewisse Fälle auf bestimmte Dosen günstig reagieren. Solange wir aber diese Fälle nicht vor Beginn der Behandlung erkennen können, müssen wir die Verabreichung von Jod bei Basedow ablehnen, da wir im vorhinein nicht wissen können, ob wir dem Kranken mit unserer Behandlung nützen oder schaden werden". *Ed. Gamper.*

Grawitz, Ernst Robert: Basedowsche Krankheit und Antithyreoidin. (*Städt. Krankenh., Berlin-Westend.*) Klin. Wochenschr. Jg. 5, Nr. 4, S. 140—142. 1926.

Von 11 mit Antithyreoidin behandelten und mit laufenden G.U.-Bestimmungen geprüften Fällen erwiesen sich 2 als völlig refraktär, bei den 9 anderen Fällen ließ die klinische Beobachtung eine günstige Einwirkung auf den Allgemeinzustand erkennen bei gleichzeitigem Absinken der Umsatzerhöhung. Die Medikation muß längere Zeit fortgesetzt werden, und zwar am besten in der Form einer Intervalltherapie, auf die begleitende allgemeine Therapie, Brom-Valeriana, Kalk, Beruhigungsbäder und ausgiebige Ernährung darf nicht verzichtet werden. *Ed. Gamper* (Innsbruck).

Genitalorgane:

Beresin, W. J., W. W. Petrowsky und G. A. Maloff: Zur Frage der physiologischen Wirkung der Ovarialflüssigkeit. (*Pharmakol. Laborat., med. Inst., Astrachan.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **209**, H. 2/3, S. 170—176. 1925.

Ringer-Lockesche Lösung, die die Gefäße eines Kuhovariums durchströmt hat (Botscharowscher Durchströmungsapparat, 50—70 cm Wasserdruck, O-Sättigung, 38° C), ist durchsichtig, farblos, schäumt stark, hat ein etwas höheres spezifisches Gewicht als reine Ringer-Lockesche Lösung. Auf das Froschherz übt diese „Ovarialflüssigkeit" eine starke, langandauernde, erregende Wirkung aus, die sich in einer Vergrößerung der Amplituden sowohl der Systole wie der Diastole ausdrückt. Am Kaninchenherzen kommt es zumeist ebenfalls zu einer Vergrößerung der Amplituden und zugleich zu einer immer sehr deutlichen Pulsverlangsamung. In manchen Fällen sinken die Amplituden, besonders wenn die Konzentration der Ovarialflüssigkeit stärker gehalten wurde. Eine Zunahme der Amplituden tritt in diesem Falle beim Ausspülen der Ovarialflüssigkeit ein. Eine Wirkung auf die Froschlebergefäße war nicht zu erkennen. Die Gefäße des Kaninchenohrs werden verengert; die Wirkung minimaler Adrenalindosen wird verstärkt. Da ähnliche Wirkungen sich auch mit den Durchströmungsflüssigkeiten von Hoden, Niere und Leber verschiedener Tiere erzielen lassen, liegt der Gedanke nahe, daß es sich bei den wirksamen Stoffen um Körper handelt, die den biogenen Aminen nahestehen. *Risse* (Freiburg i. Br.).°°

Vignes, Henri: Sécrétion interne de l'ovaire et opothérapie ovarienne. (Innere Sekretion des Eierstocks und Eierstockstherapie.) Rev. franç. d'endocrinol. Jg. **3**, Nr. 6, S. 365—379. 1925.

Injektion von Ovarial-Extrakten verzögert die Eireifung. Dieselbe Wirkung erzielt man mit Extrakten aus dem gelben Körper. Die Ovarial-Extrakte enthalten Stoffe, die die Blutung anregen und solche, die die Blutung hemmen. Eierstock-Extrakte beeinflussen stark den Stoffwechsel. Die Eierstockstherapie erzielt bei Basedow gute Erfolge. *Boenheim* (Berlin).

Wheelon, Homer: Precocious menstruation: Observations on two cases of pubertas precox. (Vorzeitige Menstruation. Beobachtungen zweier Fälle von Pubertas praecox.) Endocrinology Bd. **9**, Nr. 5, S. 353—371. 1925.

Verf. unterscheidet 1. Die menstruatio praecox, die im allgemeinen nur dann anzunehmen ist, wenn sie vor dem 9. Lebensjahr auftritt, 2. die Pubertas praecox, der Komplex von anatomischen und physiologischen Veränderungen der äußeren und inneren Geschlechtsorgane, der mit vorzeitiger Entwicklung der Brüste, der Haare usw. verbunden ist, 3. die Evolutio praecox corporis, die Verbindung der vorzeitigen Entwicklung der Generationsorgane mit vorzeitiger Entwicklung des Körperwachstums. Die Symptome des Virilismus usw. bei Nebennierenrindentumoren gehören nicht zur Pubertas praecox. Zwei Fälle werden eingehend beschrieben, von denen der erste, der ein 14 Jahre, 11 Monate altes Mädchen betrifft, in die Gruppe der Evolutio praecox

Digitized by Google

corporis gehört: Beginn der Menses mit 18 Monaten, anfangs unregelmäßig, vom 10. Jahr ab regelmäßige Menses. Abschluß des Körperwachstums mit 10 Jahren. Vom 5. Jahr beginnende Achsel- und Schambehaarung, Vergrößerung der Brüste, tiefere Stimme, Beginn des raschen Körperwachstums. Völlige Verknöcherung wie bei einem 18jährigen Menschen. Niedrige geistige Entwicklung. Kindliche Körpermaße. Überwiegen der Rumpflänge über Länge der Beine. Libido fehlt. Nebennieren-, Zirbeldrüsen-, Hypophysen- und Schilddrüsenstörungen auszuschließen; wahrscheinlich liegt primärer Hypergenitalismus durch Keimdrüsenschädigung vor. Im zweiten Fall handelt es sich um eine Pubertas praecox bei 18jährigem Mädchen, Menses mit 9 Jahren, die Entwicklung der Geschlechtsmerkmale beginnt aber bereits mit dem 8. Lebensjahr; im 13. Lebensjahr hört das Wachstum bei einer Länge von 162,7 cm auf. Starke Fettentwicklung damals, später enorme Fettentwicklung nur in der Hüft-Trochanterengegend. Keine intrakraniellen Störungen, doch sind die Grenzen des proc. clin. ant. etwas verwaschen, Sella groß. Bei einer wegen Verdachts auf Appendicitis vorgenommenen Operation erschien Ovarium, namentlich der einen Seite fibrös, greisenhaft. Rumpf 5,7 kürzer als Symphysenplantarhöhe. Es besteht ein eunuchoider Habitus; eine vorzeitige Verknöcherung der Epiphysen liegt nicht vor. Auf die Frage der Hypophysenschädigung geht Verf. nicht ein; er nimmt trotz der vorzeitigen Entwicklung einen Hypovarianismus an, wofür auch die starken dysmenorrhoischen Beschwerden sprechen. Entfernung des Appendix bedingte sofortige Besserung der Rückenschmerzen, Uteruskrämpfe usw., obwohl keine Verwachsungen, sondern nur einige Kotsteine gefunden wurden. Ein Anfall von Appendicitis und Fall auf den Rücken gingen der 1. Menstruation kurz voraus. Ob diesen Momenten ein Auslösungsfaktor für das frühe Zustandekommen der Menses zukommt, läßt sich schwer entscheiden. *F. Stern* (Göttingen).

Izzo, Roque A.: Weiblicher Eunuchoidismus. Ovardystrophische Gerodermie. Trabajos y publ. de la clin. del prof. Pedro Escudero Jg. **1925**, S. 319—343. 1925. (Spanisch.)

Beschreibung eines Falles von femininem Eunuchoidismus; im Hinblick auf die wichtigsten Symptome schlägt Verf. für das Leiden den Namen Gerodermia ovarodystrophica vor. *Maas* (Berlin).

Syphilis:

Hildebrand, Philipp: Zur Geschichte der frühmittelalterlichen Syphilis. Dermatol. Wochenschr. Bd. **81**, Nr. 51, S. 1843—1846. 1925.

Verf. glaubt durch den vorliegenden Artikel die Existenz der Syphilis im frühen Mittelalter nachweisen zu können. Dieser Nachweis dürfte ihm weder durch die mitgeteilten Zitate, noch durch seine früheren Mitteilungen gelungen sein. Auch von philologischer Seite werden seine Annahmen keineswegs als einwandfrei bezeichnet. *G. Ilberg* (Sonnenstein).

Margulis, M.: Über diffuse akute fieberhafte syphilitische Meningo-Encephalitis. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884 bis 1924, S. 383—393. 1925. (Russisch.)

Schilderung von 5 Fällen, darunter 2 autoptisch verfizierten, von diffuser, fieberhafter Meningoencephalitis luetischer Natur, die im allgemeinen ziemlich selten sind (Stursberg, Strassmann). In der Wirklichkeit waren es Meningoencephalomyelitiden mit schweren Allgemeinerscheinungen und charakteristischem Liquor. Beginn ziemlich früh nach der Infektion. Remittierender Fiebertypus. Anatomisch-pathologisch klassisches Luesbild, speziell an den Hirnhäuten. Spirochäten konnten nicht gefunden werden. Verf. sucht nachzuweisen, daß neben circumscripten, lokalen syphilitischen Herden es eine diffuse Encephalitis gibt, daß die Lues sich manifestieren kann sowohl in spezifisch-proliferativen Gewebsprozessen als in unspezifischer, diffuser, exsudativ-proliferativer Reaktion. Die insuffiziente Reaktion seitens des mesenchymalen Hirnhautgewebes ist das Primäre, die Affektion der Hirnsubstanz das Sekundäre. Bei jeder atypischen Genickstarre oder Meningoencephalitis ist nach Lues zu fahnden.

Digitized by Google

(Auffallenderweise ist die Mehrzahl der Neurologen und Psychiater der Meinung, daß Nervenlues in der Regel eine Spätlues sei, ohne es zu wissen, daß über $^1/_4$ der Fälle von Nervensyphilis auf die Frühperiode zu fallen kommt, und wie es mir unlängst bei einem jungen Mediziner geschah, auf die Abheilungsperiode des Primäraffekts, somit auf den 1. Monat post infectionem. Ref.) *Higier* (Warschau).

Monateri, G.: Sindrome luetica iperpiretica e meningite. (Hyperpyretisches Syndrom und Meningitis bei Lues.) (*Osp. civ., Cuneo.*) Policlinico, sez. prat. Jg. **33**, H. 7, S. 229—231. 1926.

26jähriges Mädchen erkrankt mit Herzbeschwerden, nächtlichen Kopfschmerzen, Schmerzen längs der Wirbelsäule usw. Lues wird negiert. WaR. negativ. Objektives Examen führt zu keiner Aufklärung. Einige Zeit später Schüttelfrost, Fieber bis 42,6 mit abendlicher Steigerung. Angesichts der negativen Laboratoriumsbefunde, der Art der Schmerzen, des Milztumors und des ganz uncharakteristischen Fieberverlaufes dachte man an Lues und gab Wismut und Arsenobenzol. Verschlechterung. Lumbalpunktion ergibt hohen Druck, starke Eiweiß- und Zellvermehrung, WaR. +++. Anschließend heftiges meningeales Syndrom mit Ptosis und Facialislähmung, aber ohne Bewußtseinstrübung. Nach 2 Tagen auch im Serum WaR. +, dann +++. Fortsetzung der Kur. Heilung mit negativer WaR.

Josef Wilder (Wien).

Falkiewicz, Tadeusz: Zur Kenntnis der amyotrophischen Spinallues. (*Nervenklin. u. II. med. Klin., Univ. Lemberg u. neurol. Inst., Univ. Wien.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. **89**, H. 4/6, S. 232—241. 1926.

Klinischer und histologischer Bericht über 2 Fälle von amyotrophischer Spinallues. Im Gegensatz zu den typischen Fällen von amyotrophischer Lateralsklerose zeigten die Muskelatrophien bei diesen beiden Beobachtungen einen mehr generalisierten Typus. Im 1. Fall war Syphilis nachweisbar, während im 2. Fall nur der anatomische Befund für eine syphilitische Genese sprach. Die Arterien und Venen zeigten den Typus der Endarteriitis mit Proliferation des Adventitiagewebes und stellenweise auch deutliche Infiltratzellen lymphocytären Charakters. In den Meningen fand man außerdem eine besonders in der Hirnrinde ganz frische Meningitis, die gleichfalls das Infiltrative und das Produktive der Syphilis nebeneinander aufwies. Die Affektion der Vorderhornzellen wird als Folge meningealer Prozesse gedeutet. Die Beteiligung der Seitenstränge äußerte sich nicht, wie bei der amyotrophischen Lateralsklerose als Systemdegeneration, sondern als Randdegeneration, die allerdings an den Vorderseitensträngen eine besondere Intensität erreichte und auffallenderweise in den dorsalen Partien tiefer eindrang als in den lateralen. Obwohl die Dauer des Prozesses eine wesentlich kürzere als die des tabischen ist, scheint es nicht ausgeschlossen, daß die gar nicht so seltenen Fälle von amyotrophischer Spinallues das Gegenstück des tabischen Prozesses darstellen. Im übrigen decken sich die beiden Beobachtungen in der Hauptsache mit den Ausführungen von Margulis (vgl. dies. Zentrlbl. **42**, 203). *Taterka* (Berlin).

Bobrie, Jean: A propos de la syphilis héréditaire larvée. (Zur larvierten Erbsyphilis.) Ann. des maladies vénér. Jg. **20**, Nr. 12, S. 917—918. 1925.

32jähriger Mann. Primäraffekt im Jahre 1908. Hg-Behandlung bis 1913. Wassermann im Jahre 1919 negativ, desgleichen im Jahre 1920 2 mal. Heirat 13 Jahre post infectionem nach erneuter spezifischer Behandlung. Die Frau wurde während der Schwangerschaft trotz fehlender verdächtiger Zeichen antisyphilitisch behandelt, desgleichen das Kind während des ganzen 1. Lebensjahres. Das jetzt $3^1/_2$jährige Kind läuft und spricht noch nicht, ist sonst normal. (Verf. bezeichnet dies als larvierte Syphilis. Das geht nach Ansicht des Ref. zu weit!)

Kurt Mendel.

Cavallucci, Ugo: La eredo-lue larvata e di presunzione. (Die larvierte und die Verdachtslues hereditaria.) (*Osp. della pace, Napoli.*) Rinascenza med. Jg. **2**, Nr. 24, S. 581—583. 1925.

Ein einziges Zeichen der möglichen Heredolues muß zur Prüfung der klinischen und biologischen Personalität und der Familie des Betroffenen veranlassen unter Berücksichtigung eventuell nichtssagender Negativität. Von Wert sind wiederholte Aborte und Frühgeburten, Hydramnios, Gewichtsunterschiede bezüglich Kind und Nachgeburt. Entscheidend ist wirkungsvoll spezifische Behandlung. Mißbildungen und chronische Therapieresistente müssen als immunverdächtig gelten.

Neurath (Wien).

Guillain, Georges, J. Périsson et A. Thévenard: Syphilis nerveuse familiale (tabes chez le père et la mère, signe d'Argyll Robertson chez leur enfant agé de quatre ans). (Familiäre Nervensyphilis [Tabes bei Vater und Mutter, Argyll-Robertsonsches Zeichen

Digitized by Google

bei ihrem 4jährigen Kinde].) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 42, Nr. 6, S. 203—214. 1926.

Mitteilung der Beobachtung (siehe Titel). Beim Kinde Wassermann positiv. Die Beobachtung spricht für die Existenz einer Lues mit neurotropem Virus. Gewisse syphilitische Virus bestimmen nur wenige oder gar keine Läsionen an Haut und Eingeweiden, besitzen aber eine pathogenetische Wirkung auf das Nervensystem. *Kurt Mendel.*

Zordan, Dino: Distrofia muscolare progressiva metasifilitica. (Metasyphilitische progressive Muskeldystrophie.) (*Osp. civ., Vicenza.*) Pediatr. prat. Jg. 2, Nr. 2, S. 17 bis 21. 1925.

Ausführliche Mitteilung eines Falles progressiver Muskeldystrophie bei einem 12jährigen Knaben auf heredoluetischer Basis, Besprechung der Symptomatologie, Ätiologie und Stellung der Krankheit im nosologischen System. *Neurath* (Wien).°°

Israelson, M.-M., et A.-S. Krizman: La concentration des ions d'hydrogène (pH) dans le liquide céphalo-rachidien dans les différents accidents de la syphilis. (Die Wasserstoffionenkonzentration [pH] im Liquor cerebrospinalis bei den verschiedenen Formen der Syphilis.) (*Laborat. sérol., inst. dermato-vénéréol. du dr. E. Glawtché, Odessa.*) Ann. des maladies vénér. Jg. 20, Nr. 12, S. 897—910. 1925.

Verff. benutzten in Anlehnung an Michaelis eine Indikatorenmethode (meta-Nitrophenol in einer Reihe von 9 Röhrchen, die den Bereich von pH = 6,8—8,4 umfaßt), führten die Bestimmungen stets bei einer Temperatur von 14—15° aus und gingen so vor, daß sie zu 0,6 ccm Liquor 0,1 ccm des 0,3proz. Indikators fügten. Untersucht wurden 156 Liquores und zwar 5 von Gesunden, 15 von Nichtsyphlitikern und 136 von Syphilitikern verschiedener Art. pH schwankte zwischen 7,7 und 7,4. In 82 Fällen pH = 7,7; in 30 Fällen pH = 7,6; in 28 Fällen pH = 7,5; in 16 Fällen pH = 7,4. Unter den 82 Fällen mit pH = 7,7 waren die 5 Gesunden, 14 Nichtsyphilitiker und 63 Syphilitiker; die Reaktion nach Bordet-Wassermann war 78 mal negativ, 4 mal positiv; nur in 1 Fall bestand Globulin- und Zellvermehrung; die Mastixreaktion war 75 mal negativ, 7 mal positiv. Bei den 30 Fällen mit pH = 7,6 war Bordet-Wassermann 22 mal negativ, 8 mal positiv; 9 mal bestand Globulin- und Zellvermehrung, 14 mal war die mastixreaktion positiv. Bei den 28 Fällen mit pH = 7,5 endlich war der Liquor in 90% pathologisch verändert, nämlich 19 mal Bordet-Wassermann positiv, 22 mal Globulin- und Zellvermehrung und 22 mal positive Mastixreaktion. Und bei den 16 Liquores mit pH = 7,4 fanden sich regelmäßig pathologische Veränderungen: 1 mal isolierte Mastixreaktion, 2 mal positive Mastixreaktion und Bordet-Wassermann, 13 mal außerdem auch noch Globulin- und Zellvermehrung. Mit dem Absinken von pH nimmt also die Zahl der positiven Reaktionen zu (in den 5 Paralysefällen fand sich regelmäßig pH = 7,4) und Verff. erörtern daraufhin die Möglichkeit einer diagnostischen Ausnutzung der pH-Bestimmung (nach zahlreichen eigenen Untersuchungen liegt der pH-Wert von 7,7 für den normalen Liquor viel zu hoch, Ref.).

K. Eskuchen (Zwickau).

Vergiftungen, Infektionen:

Zinny, Mario, und Juan Carlos Vivaldo: Klinische Beobachtungen über chronische endemische Arsenvergiftung. Prensa méd. argentina Jg. 11, Nr. 14, S. 465—468. 1925. (Spanisch.)

Untersuchungen über chronische Arsenvergiftungen durch den Genuß arsenhaltigen Wassers in verschiedenen Gegenden Argentiniens. Auffallend ist der ganz verschiedene Arsengehalt selbst eng benachbarter Brunnen, eine Folge der den Pampas eigentümlichen Besonderheiten der Bodenformation. Daraus erklärt sich die Erkrankung von Bewohnern eines Hauses bei vollkommenem Verschontbleiben der Nachbarn. Bleibt der Arsengehalt des Wassers unter 1‰ so treten keine Erkrankungen auf; wird der Gehalt von 1‰ nur wenig überschritten, so treten Vergiftungen auf, aber nur bei übermäßiger Zufuhr von Wasser und irgendwie herabgesetzter Widerstandsfähigkeit; bei mehr als 2‰ zahlreiche Erkrankungen. Die bei der akuten Vergiftung auftretenden Schädigungen des Allgemeinzustands treten bei der chronischen Ver-

Digitized by Google

giftung nicht auf, nur in vorgeschrittenen Fällen wurde Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust beobachtet. Chronische Krankheiten (Lues, Tbc.) disponieren zur Arsenintoxikation. Verf. empfiehlt daher bei der Lues keine langdauernde Arsenanwendung, sondern große Dosen für kurze Zeit. Bei chronischer Arsenintoxikation Überempfindlichkeit gegen Neosalvarsan. Häufig finden sich an den Beinen Geschwüre mit schlechter Heilungstendenz, deren Auftreten, da es auch bei nicht arsenvergifteten Personen beobachtet wird, durch die Arsenintoxikation wohl lediglich begünstigt wird. Neuritiden wurden nicht beobachtet bis auf einen Fall, in dem gleichzeitig Alkoholismus vorlag. — Weitere Arbeiten sollen folgen. *Reich* (Breslau).

Lemperg, Fritz: Tod durch Eukodalismus. Zentralbl. f. inn. Med. Jg. 47, Nr. 3, S. 57—61. 1926.

33jähriger Arzt, starker Raucher, früher Ischias, dann Magenblutungen. Täglich 0,01 bis 0,02 g Eukodal. Später — nach erneutem Ischiasanfall — bis zu 9 g Eukodal pro die, jetzt seit $1^1/_2$ Jahren Angstzustände, Reizbarkeit, Fettsucht, Vergeßlichkeit, Ermüdbarkeit, profuse Schweiße, Impotenz. Entziehungskur (allmählich). Im Laufe derselben ataktische Störungen. Trotzdem die Entwöhnung schrittweise und mit Zuhilfenahme großer Dosen von Ersatzmitteln (Brom, Veronal, Scopolamin usw.) vor sich ging, allmählicher Verfall, unter Zunahme toxisch-meningitischer Erscheinungen. Koma. Tod.

Eukodal ist ein gutes, aber kein harmloses Mittel. *Kurt Mendel.*

Powny, Walther: Lumbalpunktion bei Medinalvergiftung. Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 51, S. 1360—1361. 1925.

6 Stunden nach der Einnahme von 4,5 g Medinal war 61jährige Pat. in tiefstem Koma. Coffein, Lobelin (intravenös) und Magenwaschung erfolglos. Bei der danach vorgenommenen Lumbalpunktion wurden 40 ccm Liquors abgelassen. Bald danach reagierte die Kranke auf Anruf und erholte sich nach 3 Tagen vollständig. *Emerich Schill* (Budapest).

Lehrmann, J.: Zur Frage der Johimbinvergiftung. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 52, Nr. 2, S. 67. 1926.

Der intralumbale Weg zur Yohimbinapplizierung wurde vom Verf. zuerst eingeschlagen. Für perorale und subcutane Darreichung des Yohimbins ist als Normaldosis 0,005 festgestellt. Wie groß die Normaldosis für die intralumbale Injektion sein soll, ist bisher weder experimentell noch klinisch erforscht. *Kurt Mendel.*

Fürbringer: Bemerkung hierzu. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 52, Nr. 2, S. 67. 1926.

Lissmann spritzte 0,02 und 0,03 Yohimbin epidural ein, also die 4 bzw. 6fache perorale bzw. subcutane Normaldose, ohne Vergiftungssymptome zu beobachten. *Kurt Mendel.*

Haskell, Charles C., W. C. Henderson and J. R. Hamilton: Sodium thiosulphate in mercurial poisoning. An experimental study. (Natriumthiosulfat bei der Behandlung von Quecksilbervergiftung. Eine experimentelle Studie.) (*Dep. of pharmacol., med. coll. of Virginia, Richmond.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 23, S. 1808—1810. 1925.

An Hand zahlreicher Versuche, zu denen Hunde dienten, wird gezeigt, daß Natriumthiosulfat keine praktische Bedeutung hat in der Behandlung von Quecksilbervergiftungen, weder in dem Sinne, daß der Tod verhütet wird, noch auch daß der Verlauf der Vergiftung sich ändert. *Pette* (Hamburg).

Löwy, Julius: Der labyrinthäre Schwindel, ein Frühsymptom der chronischen Kohlenoxydgasvergiftung. (*Med. Univ.-Klin. Jaksch-Wartenhorst, Prag.*) Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 14, H. 1/2, S. 157—161. 1926.

Feststellung von labyrinthärer Übererregbarkeit im Verein mit Schwindel bei chronischer CO-Vergiftung. Wegen der Häufigkeit der oft nicht erkannten Erkrankung, der Schwierigkeit der Diagnose und den günstigen therapeutischen Aussichten ist das Beachten dieser Symptome sehr wichtig. *K. Löwenstein* (Berlin).

Boenheim, Curt: Über nervöse Komplikationen bei spezifisch kindlichen Infektionskrankheiten. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. 28, S. 598—637. 1925.

Bei Masern, Scharlach, Keuchhusten, Mumps und Windpocken, namentlich aber bei den erstgenannten 3 Krankheiten, finden sich zahlreiche nervöse Komplikationen,

Digitized by Google

welche im allgemeinen weitgehende Übereinstimmung in Symptomatologie und klinischem Verlauf zeigen; es lassen sich meningitische, myelitische und encephalitische Bilder abgrenzen. Als Ursache werden toxische Schädigungen angenommen, welche „wahrscheinlich primär die kleinen Gefäße der Hirnsubstanz und der Häute betreffen und dann sekundär zu mehr oder weniger ausgedehnten Veränderungen führen". — Aus der Zusammenstellung sind besonders bemerkenswert mehrere klinisch genauer geschilderte, den Bildern der Encephalitis epidemica täuschend ähnliche Fälle bei Keuchhusten und Masern; leider konnten keine autoptischen Befunde erhoben werden.
Hallervorden (Landsberg-Warthe).

Meisel, H.: Lähmungserkrankungen bei Impfungen gegen Wut. Polska gazeta lekarska Jg. 5, Nr. 5, S. 67—70. 1926. (Polnisch.)

Im Laufe der letzten 6 Jahre sind im Lemberger Pasteurschen Impfinstitut 8365 Personen nach der sog. verstärkten Pasteurschen Methode geimpft worden. Zur Impfung wird ca. $^1/_2$ g Substanz nach bestimmter Vorschrift appliziert von Rückenmarken, die 2—4, ausnahmsweise 1 Tag über Kalilauge getrocknet sind. Die Impfung findet 2—3 Wochen statt. Es sind nur 10 mal postvaccinale Lähmungen beobachtet worden, die genauer geschildert werden. Es war darunter ein letaler Fall. Die Mehrzahl verlief als lumbodorsale benigne Myelitis, 1 als Polyneuritis, 1 als aufsteigende Landrylähmung, wie sie Ref. bei der Lyssa autoptisch vor Jahren beschrieben hat. Folgende Vergleichstabelle des Prozentsatzes der Lähmungen zeugt von den Vorzügen der angewandten Impfmethode. Die verstärkte Pasteursche Methode nach Koritschower-Schweinburg gibt Lähmungen 2,7 pro m., die verstärkte Pasteursche Methode nach Simon = 1,84 pro m., die Babessche Methode nach Simon = 1,22 pro m., die verstärkte Pasteursche Methode nach Meisels = 1,19 pro m., die klassische Pasteursche Methode nach Simon = 0,18 pro m., die Högyessche ungarische Methode nach Simon = 0,06 prom. Die zwei letzteren Methoden geben zwar die geringste Lähmungszahl, sie besitzen jedoch eine viel zu schwache Immunisierungskraft. In den letzten 7 Monaten hat Verf. mit noch besserem Effekt die Vaccine Mulfords aus Pennsylvanien appliziert. Letztere Lyssavaccine ist leicht herstellbar, hält sich unverändert über ein halbes Jahr, ist leicht transportfähig, beugte dem Ausbruch der Lyssa in sämtlichen 920 Fällen des Verf. vor und gab keine einzige Lähmung (auch die Lemberger Methode gab kaum eine oder keine Lähmungen! Ref.). Zur Lösung der pathogenetischen Fragen der Lyssalähmung trägt die inhaltsreiche Abhandlung leider ziemlich wenig bei. *Higier* (Warschau).

Nicolau, L.: Drei Fälle von Augenstörungen bei Botulismus. Rev. ştiinţelor med. Jg. 14, Nr. 3, S. 242—251. 1925. (Rumänisch.)

Von 6 Arbeitern, welche gemeinsam eine Mahlzeit von nicht einwandfreiem Fleisch genossen hatten, erkrankten nach 2 Tagen 3 Mann unter leichten allgemeinen Erscheinungen von Botulismus, verbunden mit Augenstörungen. Die Kranken wurden erst nach 18 Tagen der klinischen Untersuchung zugeführt, zu welcher Zeit bei allen dreien eine Akkomodationslähmung, Herabsetzung des Lichtreflexes, relative Pupillenweite und konzentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes für Weiß und Farben, dabei volle Sehschärfe für Ferne und Nähe nach Korrektion festgestellt wurde. *Jickeli* (Hermannstadt).

Slonimskaja, W.: Über Komplikationen von seiten des Nervensystems bei der antityphösen Vaccination. Sovremennaja psichonevrologija Jg. 1, Nr. 3/4, S. 132 bis 136. 1925. (Russisch.)

Bei einem 23jährigen, bis dahin vollständig gesunden Soldaten der roten Armee traten nach der ersten antityphösen Vaccination am selben Tage deutliche Zeichen einer schweren Erkrankung des Zentralnervensystems auf: Schüttelfrost, Blasenstörung und kurz nachher eine Schwäche in den Beinen. Im Laufe der nächsten 48 Stunden hat sich eine Myelitis transversa ausgebildet: Babinski, Oppenheim beiderseits, Fußklonus, der obere Bauchreflex abgeschwächt, der mittlere und untere, sowie der Cremasterreflex fehlen. Vollständige Lähmung der unteren Extremitäten. Muskulatur rigid. Alle Arten der Sensibilität unterhalb des Nabels sind herabgesetzt. Obstipatio, retentio urinae. Nervenstämme nicht schmerzhaft. WaR. negativ. Liquor normal. Das Röntgenogramm der Wirbelsäule bietet nichts Pathologisches. Temperatur normal. Pupillen reagieren gut; Kopf, Rumpf, obere Extremitäten sind intakt.

Digitized by Google

Der Zustand des Patienten war während der ersten 4 Monate sehr ernst: Cystitis, Pyelitis, Decubitus und später eine Pleuropneumonie mit einem eitrigen Exsudat. Allmähliche Besserung: Blase fängt an wieder zu funktionieren, Sensibilität kehrt zurück, und nach 8 Monaten kann der Patient gehen. Nach 15 Monaten entlassen mit Zeichen einer leichten spastischen Parese.

Im Zusammenhang mit diesem Falle bespricht die Verf. ähnliche Beobachtungen, die in der deutschen und französischen Literatur publiziert worden sind (Knack, Souques, Roussy, Guillain, Barré, Sicard) und kommt zum wohl begründeten Schluß, daß in Anbetracht der Seltenheit und des verhältnismäßig benignen Verlaufs der Erkrankung des Nervensystems nach antityphöser Impfung diese Komplikationen keineswegs als Argument gegen die weitere Anwendung dieses bewährten prophylaktischen Mittels im erfolgreichen Kampfe gegen die Typhusepidemie angeführt werden dürfen. *L. Arinstein* (Charlottenburg).

Arkin, Aaron: Ein Beitrag zur Rattenbißkrankheit. Wien. Arch. f. inn. Med. Bd. **11**, H. 1, S. 133—158. 1925.

Die in Japan seit längerer Zeit bekannte Rattenbißkrankheit — bis 1920 sind 130 Fälle in der Literatur bekannt — wird, wie der Autor mit Sicherheit annimmt, durch die von Futaki gefundenen Spirochaeta morsus muris hervorgerufen, die sich in der Rachenschleimhaut von Ratten, im Blut und in den Lymphdrüsen von Erkrankten findet. Nach einer Inkubationszeit von 5—30 Tagen zeigt sich blaurote Induration an der Bißstelle, Fieber, Allgemeinerscheinungen, in schweren Fällen Delirium und Koma. Die 3—6 Tage dauernden Fieberanfälle können sich mit Intervallen von 2—6 Tagen durch Monate bis zum tödlichen Ausgang oder zur Heilung wiederholen. Die Mortalität beträgt 10%. Als Sonderformen beobachtet man die akute oder subakute fieberhafte Form mit nervösen Erscheinungen, die afebrile Form mit ausgesprochen nervösen Erscheinungen u. a. Die nervösen Symptome bestehen in Kopfschmerz, Schwindel, Ohrensausen, Sehschwäche, Hemikranie, neuralgischen Schmerzen, Paresen der unteren Extremitäten mit Steigerung, zuweilen auch Fehlen der Sehnenreflexe, Muskelatrophie, Sensibilitätsstörungen, vornehmlich an den Extremitäten. Beim febrilen Typus sieht man Andeutungen von Tollwutsymptomen. Über die pathologische Anatomie ist, was das Nervensystem anbelangt, recht wenig bekannt. Therapeutisch ist Salvarsan von zweifellos günstiger Wirkung. Es folgt die Wiedergabe von 2 eigenen Beobachtungen. In dem einen von ihnen waren in den Axillardrüsen Spirochäten nachweisbar, und die Überimpfung im Tierversuch gelang mehrmals. *Erwin Wexberg* (Wien).

Traumatische Nervenerkrankungen, Kriegsverletzungen:

Rosonov, W.: Die traumatische Epilepsie und ihre chirurgische Behandlung. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884 bis 1924, S. 921—936. 1925. (Russisch.)

Rosonov hat 80 Schädeldefekte operiert, darunter 35 wegen Epilepsie. Das Trauma ist, seiner Ansicht nach, nur eine der zahlreichen ätiologischen Komponente der Epilepsie, die mit der Erkrankung des endokrinen Systems zusammenhängt. Die Hauptsache bei der operativen Behandlung ist die Bekämpfung der Narbe. Ein vorzügliches Mittel ist die Ionisation. Es müssen genügende Indikationen zur Cranioplastik bestehen, da dieselbe manchmal epileptische Anfälle stimulieren kann, wo sie bis da fehlten. *M. Kroll* (Minsk).

Horníček, Vít, und Otakar Janota: Subdurales Hämatom der linken Regio frontotemporalis unter dem Bilde eines Schläfenlappenabscesses. (*Oto-rhino-laryngol. klin. prof. Kutvirta, Praze.*) Časopis lékařů českých Jg. **65**, Nr. 4, S. 118—124. 1926. (Tschechisch.)

Bei einem 24jährigen Patienten, der seit der Kindheit an einer chronisch eitrigen, cholestomatösen Otitis der linken Seite litt, entwickelte sich im Anschluß an eine traumatische Commotio cerebri ein Krankheitsbild, in dessen Mittelpunkt eine totale Aphasie stand, die später in eine von vorwiegend motorischem Typus überging. Dieser unmittelbare Zusammenhang mit dem Trauma sprach ebenso wie das Fehlen eines septischen Aussehens für ein Häm-

Digitized by Google

atom und gegen einen otogenen Schläfenlappenabceß. Bemerkenswert erscheint das Fehlen jeglicher Knochen- oder Weichteilverletzungen, ebenso das Auftreten einer leichten Nackensteifigkeit. Das Fehlen eines freien Intervalls zwischen dem Trauma und dem Auftreten der Krankheitserscheinungen spricht für ein subdurales und gegen ein extradurales Hämatom. Bei der Operation wurde tatsächlich ein Hämatom festgestellt, das den hinteren Teil der III. Frontalwindung, das Operculum und den ganzen Schläfenlappen der rechten Seite bedeckte. Durch Beseitigung des wahrscheinlich wegen der Sterilität des Hirninhalts flüssig gebliebenen Blutes wurde eine vollständige Heilung erzielt. *Hans Zweig* (Brünn).

Dutheillet de Lamothe: Un cas de fracture spontanée des vertèbres cervicales dans le sens longitudinal. (Ein Fall von Spontanfraktur der Halswirbel in longitudinaler Richtung.) Arch. internat. de laryngol., otol.-rhinol. et broncho-oesophagoscopie Bd. **5**, Nr. 2, S. 173—175. 1926.

53jährige Frau. Seit einigen Tagen starke Schmerzen in Kopf und Röhrenknochen, besonders nachts. Keine Zeichen von Tabes oder Syphilis. Plötzlich, als Pat. auf ihrem Bette sitzt und die Arme zum Kopf bringen will, tritt eine schmerzlose Spontanfraktur des linken Humerus auf. Gleichzeitig starke Schmerzen im Nacken und Hinterkopf. Plötzlich Haltung wie bei Malum suboccipitale. Berühren des Nackens bewirkt Aufschreien; keine Schwellung, Muskeln kontrahiert, doch sind die Halswirbel abzutasten. Furchtbare Schmerzen. Bewegungslosigkeit. Es tritt Schwellung am Nacken auf. Spontanfraktur der Halswirbelbögen. Keine Kompressionserscheinungen seitens des Rückenmarks. Immobilisierung. Exitus unter Bulbärerscheinungen. Autopsie verweigert. — Ursache: Wahrscheinlich Syphilis.
Kurt Mendel.

Schiessl, M.: Kompressionsbrüche der Wirbelkörper, insbesondere ihre Behandlung mit Gipskorsett. (*Krankenh. d. Aachen. Knappschaft, Bardenberg.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **73**, Nr. 7, S. 285—287. 1926.

Über die zweckmäßigste Therapie bei Kompressionsbrüchen der Wirbelkörper besteht noch keine einheitliche Auffassung. Die Stellungnahme des Verf. zu dieser Frage beruht auf Erfahrungen an 48 Fällen, von denen 13 bei der Aufnahme eine komplette Querschnittsläsion aufwiesen. Die übrigen 35 Kompressionsfrakturen hatten keine oder nur eine geringfügige Markschädigung. Frakturen der untersten Brustwirbel und der Lendenwirbel überwogen. In 13 Fällen waren mehrere Wirbel gleichzeitig betroffen. In den ersten Tagen muß der fast stets vorhandene Schock bekämpft werden, nach Abklingen der akuten Erscheinungen (durchschnittlich nach 8—14 Tagen) wird dann die Wirbelsäule durch Gipskorsett ruhig gestellt. Zur Erleichterung der Atembewegungen wird über der Magengegend ein ovales Fenster angelegt. Nach vollständigem Trocknen des Korsetts stehen die Kranken auf, bleiben noch einige Tage zur Kontrolle und werden dann in ambulante Behandlung entlassen. Normalerweise bleibt das Gipskorsett 6 Monate liegen, die Halskrawatte 4 Monate. Nach der Abnahme beginnt gründliche Pflege der Haut, Massage und vorsichtige Bewegungstherapie der Wirbelsäule. Dann kann sofort mit leichter Arbeit begonnen werden. Durch allmähliche Steigerung der Leistung gelangen viele Patienten wieder zu ihrer alten Beschäftigung. Durch die genannten Maßnahmen wird eine weitgehende Entlastung der Wirbelsäule ohne nennenswerte Muskelatrophie erreicht, der Verletzte kommt früh zur Arbeitsaufnahme, die durchschnittliche Erwerbsbeschränkung ist sehr gering. Die Behandlung hat ferner einen psychologischen Nutzen: Die Kranken, die mit solchen Wirbelverletzungen sonst Wochen und Monate im Bett gehalten werden, erhalten dadurch die Überzeugung, es handle sich um eine sehr schwere und schlecht zu heilende Affektion und erwarten höchste Unfallrenten. Die Folgen sind u. U. Rentenneurosen, Rentenkampf und Querulantentum. Das alles fällt bei der ambulanten Behandlung fort. Schließlich bedeutet diese auch für viele Krankenanstalten bei dem herrschenden Bettenmangel eine gewisse Entlastung. *Taterka* (Berlin).

Vincent, Cl., et de Martel: La laminectomie immédiate comme traitement des paraplégies avec fracture de la colonne vertébrale. (Die sofort ausgeführte Laminektomie als Behandlung von Paraplegien nach Wirbelsäulenfrakturen.) (*Soc. de neurol., Paris, 3. XII. 1925.*) Rev. neurol. Jg. **32**, Bd. **2**, Nr. 6, S. 764—767. 1925.

Ausführliche Mitteilung eines Falles, wo nach Sturz aus dem Fenster die Symptome einer fast kompletten Konus- und Caudalähmung auftraten mit Zerstörung des ersten Lenden-

Digitized by Google

wirbels. Bei der am 18. Tage ausgeführten Laminektomie wurden die Knochenvorsprünge abgetragen und das nach rechts verlagerte Rückenmark auf seinen Platz zurückgebracht. Die Dura war völlig zerfetzt. Am 15. Tage nach der Operation, wo eine Dauerextension angelegt wurde, begann sich schon die Sensibilitätsstörung zurückzubilden. Im Verlaufe ca. 1 Jahres wurde eine so weitgehende Besserung beobachtet, daß Patient seinem Beruf wieder nachgehen konnte. Als Restsymptome blieben im wesentlichen eine linksseitige Peronaeuslähmung, Parästhesien im Gebiet von L. II links und Aufhebung der Sehnenreflexe beiderseits.

Die Vortragenden schließen daraus, daß die übliche chirurgische Regel, die im allgemeinen Abwarten empfiehlt, revidiert werden müsse. Denn die Symptome der Lähmung seien wohl eines Teils durch irreparable Störungen des Rückenmarks, anderenteils durch intra- oder extramedulläre Blutungen bedingt, die sich mit und ohne Eingriff zurückbilden, aber auch in vielen Fällen mitbedingt durch Kompression von Knochensplittern oder Wirbelkörpern. Alle Fälle seien daher, soweit es der Allgemeinzustand erlaube, in den ersten Tagen zu operieren, die Spätoperationen im 6. Monat hätten nach ihren Erfahrungen keinerlei Erfolg. — Sicard schließt sich in einer Diskussionsbemerkung dieser Forderung an, da auch er von den Spätlaminektomien im 3. oder 4. Monat kaum eine Wirkung gesehen habe. *Albrecht* (Berlin).

L'Heureux, Marcel, et Pierre Ingelrans: Blessures simples des méninges rachidiennes. (Einfache Verletzungen der Rückenmarksmeningen.) (*Clin. chir. infant., fac. de méd., Lille.*) Rev. de chir. Jg. **44**, Nr. 10, S. 709—756. 1925.

Sechs Beobachtungen aus der Literatur (darunter eine eigene) werden mitgeteilt. Einfache Verletzungen der Rückenmarksmeningen sind selten. Sie zeigen 2 klinische Formen: entweder der Liquor fließt nach außen aus oder nicht. Es besteht Hypo- oder Hypertension des Liquors. Der Liquorfluß kann durch geeignete Lagerung des Patienten (Kopf niedrig) und evtl. durch eine epidurale Injektion bekämpft werden. Gegen die Hypotension des Liquors sind intravenöse Injektionen von destilliertem Wasser, subcutane Injektionen von hypertonischem Serum und von Hypophysin sowie subdurale Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung anzuwenden. Die Gefahr der Rückenmarksmeningealverletzungen liegt in der Meningitis, die entweder primär durch direkte Infektion oder sekundär auf aszendierendem Wege entstehen kann. Der Chirurg kann das Abfließen des Liquors auf zweierlei Weise zum Aufhören bringen: durch das Schließen der Hautöffnung oder — was vorzuziehen ist — durch das Schließen der Dura mater-Lücke. Ist erst die Meningitis ausgebrochen, so kommt die chirurgische Behandlung zu spät. *Kurt Mendel.*

Bremer, Friedrich Wilhelm: Über die Sensibilitätsstörungen bei Seitenstrangläsion. (*I. med. Klin., Univ. München.*) Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. **149**, H. 3/6, S. 213—229. 1925.

2 traumatische und 1 syringomyelische Hämatomyelie sowie 2 initiale Fälle von Syringomyelie zeigten dissoziierte Sensibilitätsstörungen von ringförmiger Begrenzung. Verf. zieht daraus den Schluß, daß die Umgruppierung der sensiblen Fasern zu gliedsegmentalen Bündeln unmittelbar nach der Umschaltung zum 2. Neuron im Hinterhorn stattfindet, so daß bereits Krankheitsherde im zentralen Grau, wie sie den Hämatomyelien und beginnenden Syringomyelien eigen sind, Sensibilitätsstörungen von quersegmentaler Begrenzung, gleich denen bei Hirnläsionen, hervorrufen. Der Rückgang der Störungen vollzog sich distal beginnend und sprungweise proximalwärts fortschreitend, entsprechend dem Gesetz der exzentrischen Lagerung der langen Bahnen. Die Annahme von O. Fischer, daß die Kältebahn der Pyramidenbahn am nächsten, die Schmerzbahn am weitesten ventral von ihr gelagert sei, fand in den Fällen des Verf. eine Stütze, da die Kurven der Pyramidenbahn- und der Temperatursinnstörungen parallel verliefen. *Geelvink* (Frankfurt a. M.).

Sommer: Die psychomuskuläre Komponente der Schreckneurose. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **100**, H. 1, S. 17—25. 1925.

Verf. weist darauf hin, von welcher Bedeutung für die Begutachtung von funktionellnervösen Krankheiten nach Unfällen die besondere Art und der Ablauf des Unfalls

Digitized by Google

sowie die in Betracht kommenden mechanischen Schädigungen und psychophysischen Reaktionen sind. Die Bedeutung insbesondere der psychomuskulären Komponente des Unfallereignisses, schildert er in Selbstbeobachtungen und 2 eingehend dargestellten Fällen. Bei einem derselben ließen sich aus der Verteilung einer ausgedehnten Verbrennung die psychomotorischen Reaktionen im Moment des Unfalls erschließen, bei den anderen traten in psychogenen Krampferscheinungen Bewegungsarten hervor, die ursprünglich bei dem schreckhaften Ereignis durch das Läuten einer Sturmglocke zustande gekommen waren. *Storch* (Tübingen).

Stier, Ewald: Abbau und Pensionierung. Fachärztliches Obergutachten über die Frage dauernder Dienstunfähigkeit. Med. Klinik Jg. **22**, Nr. 7, S. 259—260. 1926.

38jähriger Zahlmeister. Puls 100—120. Zeitweise Blutdrucksteigerung bis 160 mm. Allgemein gesteigerte nervöse Erregbarkeit, erhöht durch Aufregungen in Familie, mehrjährigen Wohnungsprozeß und Unsicherheit für die Zukunft. Irgendein Grund, eine Dienstunfähigkeit oder gar eine dauernde Dienstunfähigkeit anzunehmen, liegt nicht vor. (Ob neben anderem der Tod der Schwiegermutter, die im Haushalt des Erkrankten wohnte, wirklich eine „so schwere einmalige und dauernd fortwirkende Erregung war, daß dadurch schon ein nervös völlig robuster Mensch schwer getroffen und vorübergehend aus dem seelischen Gleichgewicht gebracht werden kann"?? Ref.) *Kurt Mendel.*

Herrmann, G.: Kasuistischer Beitrag zur Nervenverletzung nach Blitzschlag. (*Psychiatr. Klin., dtsch. Univ. Prag.*) Med. Klinik Jg. **22**, Nr. 7, S. 248—249. 1926.

45jähriger Mann wurde im Kriege während eines Gewitters im Hochgebirge vom Blitz getroffen. 6 Stunden bewußtlos. In der rechten Scheitelgegend waren die Haare verbrannt, dort später Eiterung dieser Stelle. Nach ca. 3 Monaten stieß sich spontan ein Knochensequester ab. Sofort nach der Verletzung Unfähigkeit zu gehen und zu sprechen, heftiges Erbrechen. 2 Tage später gingen diese Störungen allmählich zurück, doch noch Schwindel und Erbrechen, Gang wie der eines Betrunkenen. Keine Lähmung, doch war der linke Arm schwerer. Später stärkere Schmerzen in rechter Schulter und Arm. — Auffällig war die rasche spontane Sequestierung des Kopfknochens. Es ist eine diffuse Störung des rechten Scheitellappens, vielleicht auch des Kleinhirns anzunehmen. Die Schmerzen deuten auf eine Läsion des Thalamus, denn sie sind als zentral bedingt anzusehen. Keine Rentenansprüche. *Kurt Mendel.*

Schridde, Herm.: Der elektrische Stromtod. Pathologisch-anatomische Untersuchungen. (*Pathol. Inst. u. Forsch.-Inst. f. Gewerbe- u. Unfallkrankh., Dortmund.*) Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 45, S. 2143—2145. 1925.

Verf. obduzierte 37 Leichen von Fällen, die an elektrischem Stromtod gestorben waren, und untersuchte in jedem Falle sämtliche Organe auf das genaueste mikroskopisch, auch das Zentralnervensystem. Von diesen 37 Fällen boten 36 die typischen Merkmale der thymischen Konstitution dar: ausgesprochenen Hochwuchs, auffällig kurzen Hals, zarte blasse Haut, Haararmut, „intersexuelle" Schambehaarung, Markhyperplasie und auffällige Vergrößerung der Thymusdrüse. Sämtliche anderen Organe ohne jeden krankhaften Befund. In 88% der Fälle sitzen die Verbrennungen an der linken Hand, während die rechte nur mit 12% vertreten ist. Man kann annehmen, daß nur, wenn der Strom durch die linke Hand und von dort durch den Körper zum Fuße geht, die Stromdichte das Herz trifft und es so auf diesem Wege zum Herztode kommt. Der elektrische Stromtod ist ein Herztod bei thymischer Konstitution.
Kurt Mendel.

Spezielle Psychiatrie.

Epilepsie, Kinderkrämpfe:

Fischer, H., und Jenö Thurzó: Über den heutigen klinischen Stand der Lehre und Therapie der Epilepsie. Orvosképzés Jg. **14**, H. 1/2, S. 144—163. 1924. (Ungarisch.)

Zuerst werden die bekannten Ansichten Fischers über die endokrine Genese der Krampfbereitschaft und über die Gleichartigkeit der Krampfkrankheiten vorgetragen. Als Grundlage einer jeden epileptischen Erkrankung ist die Korrelation zwischen Nervensystem und Endokrinium zu betrachten, wodurch die epileptischen Mischformen (Ref.), als Epilepsie-Tetanie, katatonische Krämpfe, Hysteroepilepsie auch zu

Digitized by Google

begreifen sind. Sehr richtig wird auf den Übelstand hingewiesen, daß Nebennierenoperationen nach Brünings ohne Indikationsstellung seitens der Neurologen massenhaft ausgeführt worden sind und nun davon weitgehende Schlüsse gezogen werden. Die Indikation der Nebennierenreduktion sollte auf Fälle zwischen der Pubertät und dem 30. Jahr beschränkt sein, dann wird sie sich als Adjuvans der Luminaltherapie bewähren. Es wird nochmals betont, daß Benedek bereits im Jahre 1918 die Auslösung des epileptischen Anfalles mit Adrenalin in deutscher Sprache mitteilte. (Wovon übrigens z. B. Bolten in seiner Monographie über die exsudativen Paroxysmen aus dem Jahre 1925 nichts weiß. Ref.) Ferner wird die Luminaltherapie erschöpfend besprochen, wobei wir von dem bekannten Nachteil dieses unübertroffenen Heilmittels, die psychischen Äquivalente zu häufen, nichts vernehmen, dagegen erfahren, daß die Affektepilepsie nicht zu beeinflussen war. Über die Wirksamkeit der kombinierten Heilmethoden (Milch-Luminal nach Dölken und Epileptolysin Egger, d. h. Protein und Bakterienautolysat) können die Verff. noch nichts Bestimmtes sagen. Der Aufsatz scheint vor den wichtigen Untersuchungen von Bisgaard und Norwig, Karger, Wuth, Anton, Förster usw. Halt gemacht zu haben und leidet an dem Mangel, daß er zwei Verfasser besitzt, wobei pater prinzipiell incertus. *Kluge* (Budapest).

Radovici, A.: Forschungen über die Pathologie die Epilepsie. Spitalul Jg. **46**, Nr. 2, S. 42—47. 1926. (Rumänisch.)

Der Verf. teilt seine Erfahrungen über die Hyperventilationsepilepsie mit. Die acidobasische Gleichgewichtsstörung des Blutes ist ein wichtiger Faktor in dem Hervorrufen eines Anfalles. Die respiratorische Alkalose ruft bei Epileptikern einen Anfall hervor, während bei Normalen nur tetanoide Störungen bemerkbar sind. Der Nutzen der Hirnrindeexstirpation nach Foerster bei der Epilepsie wird erst in der Zukunft bewiesen werden. (Ist eigentlich nichts Neues. Ref.) *Urechia* (Klausenburg).

Toulouse, Ed., et L. Marchand: Puerpéralité et épilepsie. (Puerperium und Epilepsie.) Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. **98**, Nr. 102, S. 1661—1665. 1925.

Die Beziehungen zwischen Puerperium (Schwangerschaft, Geburt und Lactation) und Epilepsie werden nach 3 Richtungen hin erörtert. 1. Einfluß des Puerperiums auf eine schon bestehende Epilepsie. Die Meinungen der Autoren (zitiert werden in erster Linie französische) in dieser Hinsicht sind nicht einheitlich. Die Schwangerschaft wird bald als schädlich, bald als günstig oder auch als indifferent bezeichnet. Nachfrage bei 48 Epilektikerinnen, die geboren hatten, ergaben, daß 31 keinen Einfluß der Schwangerschaft bemerkt hatten, bei 11 sistierten die Anfälle während derselben. Bei 4 hatte die Schwangerschaft einen relativ ungünstigen Einfluß. Bei mehreren Kranken traten vor der Geburt Anfälle, selbst gehäufte, auf. Eine Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Epilepsie war niemals nötig gewesen. Auch die Geburt bedingt in dieser Hinsicht keine besonderen Schwierigkeiten; öfters traten nach der Geburt Anfälle auf. Auch die Lactation hat nach den Erfahrungen von Toulouse und Marchand keinen verschlechternden Einfluß. Einmal sistierten die Anfälle während der 12monatigen Lactation. 2. Schwangerschaft als Ursache der Epilepsie. Auch hier gibt es Differenzen bezüglich der Häufigkeit und Auffassung solcher Vorkommnisse, zumal nicht immer die Eklampsie mit Sicherheit ausgeschlossen wird. T. und M. haben bloß 2 Fälle gesehen, wo die ersten Anfälle von Epilepsie in der Schwangerschaft auftraten (nach den Erfahrungen des Ref. ist ein solches Vorkommnis nicht so selten, als die Autoren angeben). Es folgt eine kurze Erörterung der neueren Anschauungen (französischer) Autoren über die Pathogenese der Eklampsie, die als Toxikose aufgefaßt und von der Epilepsie diffenziert wird. Die eklamptischen Anfälle, die erst gegen Ende der Schwangerschaft auftreten und mit der Geburt verschwinden, haben oft länger andauernde Prodrome, die denen bei der Nephritis ähneln, Kopfschmerz, Schwindel, Seh- und Hörstörungen, Erbrechen, Nasenbluten, Blutdrucksteigerung, Albuminurie. Der Anfall selbst gleicht im wesentlichen dem epileptischen (kleine Differenzen, die aber nicht absolut sind). Wichtig ist die dem eklamptischen

Digitized by Google

Anfall vorausgehende und begleitende starke Hypertension. Im Liquor findet sich oft (nicht immer) Pleocytose. Im Blut und Liquor ist die Harnsäure vermehrt. Wichtig ist (im Gegensatz zur Epilepsie), daß die Eklampsie große Gefahr für Mutter und Kind bedeutet. Eklamptische Anfälle bei Epileptikerinnen sind selten. Wenn auf Eklampsie wirkliche Epilepsie folgt, was selten ist, handelt es sich nicht um Übergang der einen in die andere, sondern um Provokation einer latenten Epilepsie oder Folge einer sich entwickelnden Meningo-Encephalitis, die die Epilepsie bedingt. 3. Einfluß einer Epilepsie auf die Schwangerschaft. Die Epilepsie beeinflußt im allgemeinen nach den Erfahrungen von T. und M. kaum den Ablauf einer Schwangerschaft.

E. Redlich (Wien).

De Crinis, Max: Über den Stoffwechsel beim epileptischen Symptomenkomplex. (*Univ.-Nervenklin., Graz.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 5, S. 718—755. 1925.

Untersuchungen, über die vom Verf. 1922 auf der Naturforschertagung berichtet wurde. Von den Erscheinungen im Stoffwechsel Epileptischer erscheint ihm die angebliche präparoxysmale Stickstoffretention nach Allers und Rohden mit am wichtigsten. Es fragt sich, ob es sich dabei nur um eine Eiweißstoffwechselstörung oder auch um eine der anderen Nahrungsstoffe handelt. Es wurde daher bei Epileptikern nach Kohlenhydrat-, Eiweiß- oder Fettkost der Gasstoffwechsel mittels des Zuntz-Geppertschen Apparats verfolgt. Insgesamt wurden 7 Epileptiker untersucht. Nach Kohlenhydratmahlzeiten war auch im interparoxysmalen Stadium die Kohlensäureproduktion herabgesetzt. Der Stoffwechsel nach einer Anfallserie zeichnete sich durch eine erhöhte Kohlensäureproduktion aus, die jedoch im Verhältnis zur Zunahme der Sauerstoffaufnahme noch erheblich zurückblieben. In einem Falle trat gerade nach Abschluß des Versuches nach $5^1/_2$ Stunden ein Anfall auf. Die kurz vor dem Erscheinen des Anfalls eintretende extreme Schwankung im Verhalten des Stoffwechsels ist nach Ansicht des Ref. hierbei besonders bemerkenswert: In der 4. Stunde beträchtliches Absinken des respiratorischen Quotienten, der dann rapid vor dem Anfall wieder ansteigt. Unmittelbar danach vor Eintreten des Anfalls erneut extremer Sturz. Zu beachten ist vor allem der Schnittpunkt der O_2 und CO_2 der Kurve offenbar wenige Minuten vor dem Anfall. In dieser letzten präparoxysmalen Zeitspanne nach Kurve 9 des Verf. (Text anscheinend widersprechend, Ref.) Absinken der Sauerstoffaufnahme bei gleichzeitigem weiteren Steigen der CO_2-Produktion. — Nach Eiweißkost war der Gasstoffwechsel der Epileptiker im Verhältnis zu Gesunden herabgesetzt; die besonders starke Herabsetzung einige Zeit vor dem Anfalle scheint dem Ref. zwar von Interesse, aber für die Beurteilung der Anfallsgenese nicht ausschlaggebend, da bisher keine Erfahrungen, wie bei dem oben erwähnten Kohlenhydratversuch — zufällige Prüfung unmittelbar vor dem Anfall mit dem Ergebnis einer Zacke — vorliegen. — Der Fettstoffwechsel ergab keinen wesentlichen Unterschied gegenüber dem Stoffwechselbefund Normaler. Diesen Untersuchungen folgt ein Abschnitt interessanter Auseinandersetzungen mit den bekannten Feststellungen humoraler Natur. Unter anderem werden eingehend die Beziehungen zwischen Störungen des Säurebasengleichgewichts und des Eiweißstoffwechsels unter sich und zum epileptischen Anfall besprochen. Eigene Versuche des Verf. zeigten, daß das CO_2-Bindungsvermögen des Blutes nach dem Müller-Haldanschen Prinzip mit der von Eppinger modifizierten Apparatur bestimmt vor dem Anfall im allgemeinen vermindert ist. Verf. zieht daraus den Schluß, daß das Blut des Epileptikers vor dem Anfall soviel Säuren aufgenommen hat, und daß durch diese soviel Alkali gebunden wurde, daß für die Aufnahme von CO_2 nicht soviel Alkali zur Verfügung stehe als beim Gesunden. Beim epileptischen Symptomenkomplex müsse das Z. N. S. seine das Säurebasengleichgewicht regulierende Fähigkeit in engster Anlehnuug an den Anfall oder dessen Äquivalent verloren haben. Dadurch entstehe zunächst eine Änderung im Stoffwechsel, indem durch die Herabsetzung der Alkalescenz das Eiweiß, aus dem Verdauungstrakt aufgenommen, sich in der

Digitized by Google

Regel nicht als Körpereiweiß ansetze und zu einer unvollständigen Oxydation führe. Der Anfall selbst sei bestrebt, einen Ausgleich dieser Störungen zu erzielen; Erhöhung des Eiweißumsatzes und dem anaphylaktischen Schock ähnliche humorale Erscheinungen (Leukocytenabsturz, Erhöhung des antiproteolytischen Serumtiters und Harntoxizität). Eine eingehende Auseinandersetzung würde hier zu weit führen. Ref. kann dem Verf. aber beispielsweise nicht ohne weiteres folgen, wenn dieser annimmt, daß die Störung des Stoffwechsel- bzw. des Säurebasengleichgewichtes entweder als der Ausdruck einer angeblichen Funktionsstörung des Zentralnervensystems oder durch im Leben erworbener pathologisch-anatomischer Prozesse, wie Tumoren oder Traumen, aufzufassen sei. Zunächst ist damit das hier wohl ausschlaggebende System innerer Drüsen unberücksichtigt geblieben, weiterhin aber kann der zweite Punkt (pathologisch-anatomische Prozesse) m. E. nur im Sinne einer Herabsetzung der lokalen Widerstandsfähigkeit (s. Hypothese der Faktorenkuppelung) aufgefaßt werden. Daß schließlich nicht eine Säuerung allein, sondern offenbar ein rascher Wechsel, eine Störung im Gleichgewicht der Ionen als letzter Anstoß zum Anfall aufgefaßt werden muß, dafür sprechen neben anscheinend widersprechenden humoral-pathologischen Befunden einzelner Autoren, u. a. auch der hier besonders hervorgehobene Stoffwechselversuch (mit folgendem epileptischen Anfall) des Verf. selbst. *F. Georgi* (Breslau).

Wildermuth, Hans: Nochmals Stoffwechseluntersuchungen bei Epileptikern. Kurze Bemerkung zu Vollmers „Erwiderung" im Band 98, H. 1/2 dieser Zeitschrift. (*Württ. Heilanst., Weinsberg.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 5, S. 792. 1925.

Trotz gewisser Einwände Vollmers (vgl. dieses Zentralbl. **43**, 220) methodischer Art sprechen nach der Ansicht des Verf. einige seiner Versuche, bei denen er eine extreme Säureverarmung ohne Anfallsfolgen festgestellt hat, gegen die Vollmersche Ansicht der Anfallsgenese. *F. Georgi* (Breslau).

Choroško, W.: Zur Pathogenese des Symptomkomplexes Epilepsia partialis continua. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 467—477. 1925. (Russisch.)

Choroško hatte in mehreren Arbeiten zu beweisen versucht, daß die sogenannte Kojewnikoffsche Epilepsia continua partialis nicht von Schädigungen der Rinde, sondern von Affektionen der subcorticalen Ganglien abhängt. In dem von ihm in dieser Arbeit beschriebenen Fall handelte es sich um eine Paralyse mit fortwährenden Zuckungen, die namentlich in den rechten Extremitäten vorherrschten. Bei der Autopsie erwiesen sich Lakunen im N. lenticularis und Veränderungen in der Leber. Verf. sieht darin einen Beweis für seine Ansicht von dem Zusammenhang der Zuckungen von Läsionen des N. lenticularis. *M. Kroll* (Minsk).

Manjkovskij, B.: Zur Pathogenese der Narkolepsie. Sovremennaja psichonevrologija Jg. **1**, Nr. 2, S. 66—75. 1925. (Russisch.)

Bei einem 28jährigen Bauer stellten sich im Anschluß an eine Encephalitis epidem. narkoleptische Anfälle ein: es erfolgte eine Erschlaffung der Muskulatur des gesamten Körpers, der Kopf senkte sich, der Patient konnte nicht mehr stehen. Diese Anfälle dauerten $^1/_2$ bis $1^1/_2$ Min. Während der Anfälle waren die Sehnenreflexe nicht vorhanden, pathologische Reflexe konnten nicht ausgelöst werden. Diese Anfälle wurden häufig durch Lachen, Schreck ausgelöst. Verf. sieht in diesen Anfällen ein Gegenstück der Enthirnungsstarre und lokalisiert die der Störung zugrunde liegenden Veränderungen am Boden des 3. Ventrikels. *Wolpert.*

Idiotie und Imbezillität, tuberöse Sklerose:

Čugunov, S.: Über die Beziehungen zwischen den geistigen und motorischen Defekten bei Kindern. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 773—779. 1925. (Russisch.)

Bearbeitung eines Materials von 425 zurückgebliebenen Kindern. Darunter befanden sich 109 Fälle mit motorischer Insuffizienz. Davon waren 73,9% Idioten, 53,15% Imbecille und nur 11,5% Debile. *M. Kroll* (Minsk).

Digitized by Google

Goldblatt, G., und R. Raskina: Die Differentialdiagnose zwischen Imbezillität und Dementia praecox. Sovremennaja psichonevrologija Jg. 1, Nr. 5, S. 28—36. 1925. (Russisch.)

An 240 Fällen von Oligophrenie älterer und jüngerer Kinder und von Dementia praecox durchgeführte psychologische, vergleichende Untersuchungen.

	Bei Imbecillität	Bei Endzustand d. Schizophrenie
Fehlen elementarer Lebenskenntnisse	konstant	sehr selten
Fehlen elementarer Schulkenntnisse	konstant	sehr selten
Primitive Sprache	sehr oft	selten
Fingerzählen	oft	sehr selten
Fehlen von Resten akuter psychotischer Prozesse	fast konstant	selten
Dysharmonie der Bewegung	sehr oft	selten
Kindische Artikulation	sehr oft	sehr selten
Offener Mund	oft	selten

Diese Tabelle erleichtert auch bei Oligophrenen die Feststellung einer Propfschizophrenie. Zwischen angeborenem und erworbenem Schwachsinn besteht nach den Verff., die Hoches Aussage ergänzen, ein Unterschied, wie zwischen einem unbeendeten Gebäude und einem beendeten, aber unlängst von Feuer demolierten.

Higier (Warschau).

McCutcheon, A. M.: Institutional treatment of mental defectives, with special reference to occupation. (Anstaltsbehandlung der Schwachsinnigen, besonders Beschäftigungstherapie.) Journ. of mental science Jg. 71, Nr. 295, S. 694—703. 1925.

Der Schwachsinnigenfürsorge werden folgende Aufgaben gestellt: 1. Das antisoziale Verhalten zu bessern, 2. Selbstgefühl und Lebensglück zu heben, 3. Arbeitsunterweisung zu erteilen, 4. die Kindererzeugung zu verhüten. Da die Sterilisation nur dem letztgenannten Zwecke dient, wird in der Anstaltspflege, womöglich in Form ländlicher Kolonien, die beste Erfüllung dieser Aufgaben gesehen. Dabei wird es als besonders wichtig angesprochen, die Pfleglinge in der Anstalt richtig zu gruppieren, vorteilhafterweise z. B. nach Alter, Intelligenzalter, Körperzustand und Verhalten, die Epileptiker zwischen den anderen. Es wird dann die Behandlung in der kolonialen Anstalt Monyhull geschildert, insbesondere die Schule und die Beschäftigungstherapie. Nur 2% der Kinder besuchen die Schule gar nicht, die tieferstehenden gehen in eine Kindergartenklasse. Der Werkunterricht der Schule dient als Vorbildung zur Arbeit der Erwachsenen. Bei diesen wird mehr Wert auf das Arbeiten an sich als auf das gefertigte Produkt gelegt. Wichtig und schwierig ist oft der Absatz des letzteren; mit Vorteil können sich verschiedene Anstalten gegenseitig die Sachen abnehmen. Von begabteren Kranken werden künstlerische Arbeiten gefertigt, die alle 2 Jahre zum Verkauf ausgestellt werden. Das Pflegepersonal muß für die Arbeiten vorgebildet werden. In den Erholungsstunden werden aller Art Spiele im Freien und in der Stube gepflegt.

Müller (Dösen).

Weygandt: Über die Pathogenese des Mongolismus. (Mit Kranken- und Lichtbilderdemonstration.) Ärztl. Ver., Hamburg, Sitzg. v. 9. II. 1926.

Anscheinend ist die Degeneration in Zunahme begriffen. Neben typischen Fällen treten auch atypische, nicht voll entwickelte auf, mit leidlicher Intelligenz, Muskelkraft, Sexualität, auch Fälle von 45 und 55 Jahren. Das Problem der Ursache, Stoffwechselstörung und Hirnveränderung, ist ungelöst. Babonneix, Blum, Sémelaigne glauben aus chronischer Aortitis zweier Fälle auf Lues schließen zu können, Riddel und Stewart schließen das gleiche aus der unsicheren Goldsolkurve in 55 Fällen. Clemenz findet bei 15 von 18 Fällen Luessymptome, besonders an Augen und Zähnen. Ein Fall des Vortr. erschien durch einseitige Pupillenstarre der sonst gesunden Mutter besonders beweiskräftig für Lues in 3. Generation. Auch entzündliche Züge der Rindenarchitektur neben den embryonalen weisen darauf hin. Gegen Lues spricht allerdings Auftreten in kinderreichen Familien. Die erwähnten Zahnveränderungen und die Goldsolkurve sind nicht hinreichend beweiskräftig. Daß England wesentlich mehr Mongoloide hat als Deutschland, spricht auch nicht für Lues. 7 Fälle wurden eingehend hämatologisch untersucht. Viermal waren die Erythrocyten beträchtlich vermehrt.

Digitized by Google

Öfter waren die weißen vermehrt, einmal auf 18 000. Stark vermehrt waren allgemein die neutrophilen, allein 3 mal auf 80 und mehr Prozent; Hypereosinophilie. Die Senkungsgeschwindigkeit war öfter beschleunigt, die Plasmalabilität parallel damit erhöht. Nach Abderhaldens Dialysierverfahren besteht mehrfach Abbau von Hirnrinde und Hypophyse. Alle Liquorreaktionen waren negativ; nur eine kleine Zacke der Goldsolkurve, ebenso einmal Andeutung einer Mastix- und Paraffinkurve. Kongenitale Lues zeigt öfter eunuchoiden Längenwuchs, also endokrine Störung. Möglicherweise ergibt Lues in 3. Generation pluriglanduläre Störung. Wichtig sind weitere Studien, namentlich von Serum und Liquor, möglichst aber auch bei den Eltern der Fälle. *Autoreferat* (durch *Wohlwill* [Hamburg]).

Vas, Jenö: Beiträge zur Pathogenese und Therapie der Idiotia mongoliana. (*Stefanie-Kinderspit. u. Univ.-Kinderklin., Budapest.*) Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. **111**, 3. Folge: Bd. **61**, H. 1/2, S. 51—62. 1925.

Die Ätiologie der mongoloiden Idiotie ist wahrscheinlich keine einheitliche. Gewisse Erscheinungen, wie die allgemeine große Hypotonie und speziell die der Augenmuskulatur, die auffallende Hypoplasie der Genitalien weisen auf endokrine Beziehungen und speziell auf Hypogenitalismus und Nebennierenhypofunktion hin. Verf. untersuchte 8 Fälle von mongoloider Idiotie auf diese Störungen, und zwar durch Feststellung der Löwy-Reaktion (Pupillenerweiterung bei Adrenalineinträufelung), des Aschnerschen Bulbusreflexes, der Sergentschen „Ligne blanche surrénale" (weißer Strich nach Bestreichen der Haut mit spitzem Gegenstand), durch Blutdruckmessung und Blutgerinnungszeitbestimmung. Die Untersuchungen ergaben stets einen negativen Ausfall der Löwy-Reaktion, einen positiven „Aschnerreflex", in 75% Auftreten der Sergent-Linie, niedrigen Blutdruck und Verspätung der Blutgerinnungszeit. Danach ist das vegetative Nervensystem der Mongoloiden vagoton, und es besteht bei ihnen eine Hypofunktion des Nebennieren- und Keimdrüsensystems, die, wie Verf. meint, eine Rolle bei Entstehen des Mongolismus spielt, ebenso, wie eine Dysfunktion der Thyreoidea und Hypophysis. Letztere glaubt Verf. annehmen zu können, weil andere Autoren und er in einigen Fällen Vergrößerung der Hypophyse (Verkleinerung der Acini des Vorderlappens), Verkleinerung der Schilddrüse mit Verminderung des Kolloidgehaltes fanden. Therapeutische Versuche mit Präparaten („Hormogland", Richter-Budapest), die Extrakte der genannten Drüsen enthielten, sollen bisher einen günstigen Erfolg gehabt haben. Die Schlußfolgerungen des Verf. scheinen besonders, was die Dysfunktion der Hypophyse und Schilddrüse betrifft, noch nicht genügend gestützt.

W. Runge (Chemnitz).

Cavengt, Santiago: Neue Fälle von Mongolismus. Pediatria española Jg. **14**, Nr. 159, S. 365—378. 1925. (Spanisch.)

Sieben eigene Beobachtungen von Mongolismus im Säuglings- und frühen Kleinkindesalter. Erörterungen über Ätiologie und Pathogenese, die nach Verf. trotz aller diesbezüglichen Hypothesen noch immer als ungeklärt bezeichnet werden müssen. Er hält die gewöhnlich angeführten Momente (erschöpfende Krankheiten und schwächende Lebensumstände der Erzeuger, Syphilis usw.) mehr für akzessorische und prädisponierende als direkte eigentliche Ursachen. Der Mongolismus ist nach Verf. ein Allgemeinleiden und viel häufiger als bisher angenommen wurde; ein großer Teil der betr. Individuen stirbt sehr frühzeitig infolge der Minderwertigkeit der Gesamtkonstitution und entgeht deshalb der ärztlichen Beobachtung und Zählung.

Pfister (Berlin-Lichtenrade).

Moehlig, Robert C.: A case of amaurotic idiocy (juvenile form). (Ein Fall von amaurotischer Idiotie [juvenile Form].) Journ. of the Michigan state med. soc. Bd. **24**, Nr. 12, S. 668—669. 1925.

$3^1/_2$jähriger Knabe. Eltern rumänische Juden, beide geistesschwach. Die drei älteren Geschwister des Knaben auch mehr oder weniger schwachsinnig. Geburt normal. Seit dem 6. Monat Nystagmus bemerkt. Jetziger Befund: abnorm klein, schlecht genährt, Mikrocephalie, choreiforme Unruhe des Kopfes, horizontaler Nystagmus, Strabismus, die Iris fehlt beiderseits, mangelhaftes Sehvermögen, Macula abnorm klein und weißer als normal, Grenzen der Macula unscharf, Venen geschlängelt, Gaumen hoch und schmal, Tonsillen und Lymphdrüsen am Halse vergrößert, Schilddrüse nicht zu fühlen, systolisches Geräusch an der Pulmonalis, Leib auf-

Digitized by Google

getrieben, Patellarreflexe schwach, kann noch nicht sprechen, schwachsinnig. (Ob Lähmungen bestanden, ist nicht erwähnt. Verf. scheint die juvenile Form der amaurotischen Idiotie mit der Pelizaeus-Merzbacherschen Krankheit zu identifizieren.) *Campbell* (Dresden).

Progressive Paralyse, syphilitische Geistesstörungen, Trypanosomenkrankheiten:

Clark, R. M.: Methods of photographing the spirochaeta pallida in general paralysis. (Methoden zur Photographie der Spirochaete pallida bei Paralyse.) (*County mental hosp., Whittingham, Preston.*) Journ. of mental science Jg. 71, Nr. 295, S. 721—722. 1925.

Der Artikel enthält verschiedene photographische Verfahren für die Aufnahme der Syphilisspirochäten in Schnittpräparaten. Die benutzten Schnitte sind nach den Methoden von Jahnel oder Warthin hergestellt worden. Die Lumière-Methode zur Verfertigung von Farbenphotographien wird kurz beschrieben. Die Resultate, besonders was Diapositive angeht, sind farblich sehr zufriedenstellend. Ebenso wurden die stereoskopischen Bilder nach dem deutschen Verfahren (Pfeiffer von Wellheim, Christeller) sehr brauchbar, bes. auch wieder die Diapositive. *Edmund Hofmann* (Frankfurt a. M.).

Pellacani, G.: La fase presintomatica della paralisi progressiva. (Die präsymptomatische Phase der progressiven Paralyse.) (*Osp. psichiatr. prov., Bologna.*) Rif. med. Jg. 41, Nr. 50, S. 1186—1190. 1925.

Die serologischen und anatomischen Untersuchungen haben den echt paralytischen Charakter der atypischen Phasen, der sog. präsymptomatischen, präklinischen Typen erwiesen. Andererseits hat sich ergeben, daß die eigentlich präparalytische Phase meningealen Charakter hat. Sie kann nach Eintritt des Virus in den Körper Jahre und Jahrzehnte anhalten und mit spärlichen, wechselnden, transitorischen Symptomen einhergehen und oft unerkannt oder überhaupt latent verlaufen. Verf. betont die Notwendigkeit, bei scheinbar geheilten Luetikern mit negativem Blutwassermann Liquoruntersuchungen zu machen, um derartige latente Formen zu erkennen, die übrigens in der Regel auf Behandlung gut ansprechen. *Jossmann* (Berlin).

Gelma, Eugène: La „mort rapide" dans la paralysie générale en rémission. (Der „plötzliche Tod" im Remissionsstadium der progressiven Paralyse.) Strasbourg méd. Jg. 83, Nr. 2, S. 59—61. 1925.

Gelma weist darauf hin, daß im Remissionsstadium der progressiven Paralyse oder bei klinisch latenten Paralysen ganz plötzliche Todesfälle eintreten können. Es handelt sich um mehr oder weniger gut behandelte Syphilitiker, welche nach mehreren Jahren ein akutes oder hyperakutes paralytisches Krankheitsbild darbieten, das in einigen Tagen zum Tode führt. Von besonderer Bedeutung sind derartige Fälle für die Lebensversicherungsgesellschaften: Solche Personen verschweigen bei Abschluß der Versicherung oft die frühere syphilitische Infektion und bieten keinerlei körperliche Erscheinungen dar; und die WaR. des Blutes und des Liquors, welche den Arzt schnell orientieren würden, können naturgemäß von den Gesellschaften nicht generell gefordert werden. Immerhin ist die akute und hyperakute Paralyse eine sehr seltene Form der Erkrankung. *Arndt* (Berlin-Nikolassee).

Hartmann, Heinz, und Paul Schilder: Hypnoseversuche an Paralytikern. Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 44, H. 2/3, S. 194—202. 1925.

Versuche mit Schlafmittelhypnose an 14 Paralytikern, die alle ohne Schlafmittel gegen Hypnose refraktär waren. Nach 1 g Medinal bzw. 6 g Paraldehyd wurden in 11 Fällen als Hypnose angesprochene Zustände erzielt. Bei keinem kam es zu Katalepsie, nur wenige machten den Eindruck von Schlafenden, einige Male traten Gehörs- und Geruchs-, in 9 Fällen Gesichtshalluzinationen auf. Amnesie fand sich keinmal. Die Autoren versuchen, diese rein theoretisch interessanten Beobachtungen in die bekannten Schilderschen Hypnosetheorien, die physiologische und die psychologische, einzuordnen, kommen also zu dem Ergebnis, daß nur der corticale und nicht der um den 3. Ventrikel gruppierte Apparat beeinflußt werde, oder anders herum, daß die durch die Hypnose angeregten Energien nur zur halluzinatorischen Belebung der suggerierten Vorstellungen, nicht aber zur Einwirkung auf Schlaf- und Bewegungszentrum

Digitized by Google

ausreichten. Für die Amnesie endlich fehle es dem in seiner Ichstruktur gelockerten Paralytiker an den nötigen Verdrängungsmotiven. *v. Steinau-Steinrück* (Berlin).

Brussilovskij, L.: Progressive juvenile Paralyse und hypophysärer Infantilismus bei kongenitaler Syphilis. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 642—650. 1925. (Russisch.)

Beschreibung eines Falles von hypophysärem Infantilismus, der sich infolge kongenitaler Lues entwickelte. Bei dem Patienten bestanden außerdem Symptome, die für eine Paralyse sprachen. *M. Kroll* (Minsk).

Fleck, Ulrich: Über die Malaria- und Recurrensbehandlung der Paralyse. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. München.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **75**, H. 4/5, S. 562—584. 1925.

Historische und kritische Behandlung der die Malaria und Recurrensbehandlung betreffenden Fragen unter Verwertung reicher eigener Erfahrungen. Die referatmäßige Wiedergabe, die sich auf die wichtigsten Punkte beschränken muß, kann die Lektüre der Originalarbeit nicht ersetzen. Die therapeutische Wirksamkeit beider Behandlungsarten scheint ungefähr gleich zu sein (in München nach Malaria 33%, nach Recurrens 34,2% sehr guter Remissionen). Den klinischen entsprechen im allgemeinen (nicht ausnahmslos) gewisse serologische Besserungen. Epidemiologische Gefahren sind bei beiden Behandlungsarten nicht zu fürchten. Da Recurrensbehandlung Immunität hinterläßt, muß bei Wiederholung der Kur Malaria angewandt werden. Auf die Unsicherheit der statistischen Erfassung der Remissionen infolge Fehlens einwandfreier Vergleichszahlen wird besonders hingewiesen; im Gange befindliche Versuche, abwechselnd spezifisch und mit Malaria nach gleichen Auswahlprinzipien zu behandeln, werden sicherere Grundlagen schaffen. Die Entscheidung, ob Malaria- oder Recurrensbehandlung, wird wesentlich vom körperlichen Kräftezustand abhängen. Die Malariabehandlung stellt an denselben vor allem wegen der höheren Fieberbewegungen größere Ansprüche (Mortalitätsquote in München 3,6%); andererseits ist das höhere Fieber ein Vorzug, da der Temperatursteigerung als solcher eine gewisse Bedeutung für die therapeutische Wirkung zuzukommen scheint. Im übrigen wird man mit Erklärungsversuchen wegen der unsichern Kenntnisse über die Pathogenese der Paralyse heute noch sehr zurückhalten müssen. *A. Meyer* (Bonn).

Kihn, Berthold: Weitere Erfahrungen mit der Infektionsbehandlung der progressiven Paralyse. (*Psychiatr. Klin., Univ. Erlangen.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **75**, H. 4/5, S. 656—664. 1925.

Verf. hat 60 Paralysefälle der Infektionsbehandlung unterzogen, die meisten mit Malaria. Neuerdings schließt er an die Malariabehandlung nach eingetretener Erholung eine Recurrensimpfung an, die dann wesentlich beschwerdeloser vertragen wird. Die Gesamtresultate sind: 10% Vollremissionen, 23% Remissionen mit teilweiser Berufsfähigkeit, 10% Entlassungsfähige ohne nennenswerte Berufsfähigkeit, 20% Gebesserte, aber nicht Entlassungsfähige, 22% Tote (inkl. derjenigen, deren Tod nicht sofort auf die Behandlung folgte), der Rest umfaßt die Ungebesserten. Daß diese Resultate ungünstig gegen andere Statistiken abstechen, erklärt Verf. durch sein aus fortgeschrittenen Fällen, die unterschiedslos geimpft wurden, bestehendes Material. Verf. sieht auf Grund seiner Ergebnisse in der Infektionsbehandlung eine ebenso wertvolle wie neuartige Methode. Bei der Wertung der Remissionen warnt er vor zu starker Betonung sozialer Kriterien und empfiehlt klinisch-psychiatrische. Der serologische Befund stimmt vielfach nicht mit der klinischen Besserung überein. Anatomisch bemerkenswert ist eine als Malariastörung aufgefaßte parenchymatöse Darmblutung bei Fällen, die klinisch Durchfall zeigten. *A. Meyer* (Bonn).

Nicole, J. Ernest, et John P. Steel: Le traitement de la paralysie générale par la malaria. (Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse.) (*Hôp. des maladies ment., Winwick, Lancashire.*) Encéphale Jg. **21**, Nr. 2, S. 116—120. 1926.

Die beiden Autoren, die ihre Untersuchungen an einer englischen Irrenanstalt gemacht haben, schließen aus ihren Beobachtungen an 88 Fällen, die 1923—25 mit

Digitized by Google

Malariaimpfung behandelt wurden, daß diese Behandlung die hoffnungsvollste von allen sei, und sie setzen diese Behandlung mit Nachdruck fort. Die Arbeit enthält keinerlei neue Gesichtspunkte. *Wilhelm Mayer* (München).

Sacabejos, H.: Malariainokulation bei Paralyse. Rev. de hig. y de tubercul. Jg. 18, Nr. 211, S. 321—324. 1925. (Spanisch.)

Nach einer allgemeinen Übersicht bringt Verf. 8 eigene Fälle, und zwar 4 Fälle von allg. Paralyse, 1 Fall von Tabes und 3 Fälle von Taboparalyse, die er mit Erfolg der Malariabehandlung unterworfen hatte. *Ganter* (Wormditt).

Kalischer, S.: Zur Behandlung und Verhütung der Metalues (Spätsyphilis). Fortschr. d. Med. Jg. 43, Nr. 13, S. 181—184. 1925.

Kalischer gibt in dieser kleinen Abhandlung einen kurzen, klaren Überblick über den augenblicklichen Stand unserer Kenntnisse und Anschauungen über die Behandlung und Verhütung der Metalues. (Spätsyphilis des Nervensystems) unter besonderer Berücksichtigung der Malariabehandlung. *Arndt* (Berlin-Nikolassee).

Rudolf, G. de M.: The incubation period of benign tertian malaria. (Die Inkubationsperiode der benignen Malaria tertiana.) Journ. of mental science Bd. 72, Nr. 296, S. 69—83. 1926.

Die Inkubationszeit der Malaria tertiana hat einen ziemlich weiten Spielraum; auch sind die Angaben der einzelnen Autoren ziemlich abweichend. Die Ergebnisse sind auch davon abhängig, ob als Endpunkt der Inkubation der erste Fieberanfall oder der erste Parasitennachweis gewählt wurde, und ob in letzterem Fall der Nachweis im dicken Tropfen oder im Ausstrich erfolgte. Im ersteren Fall muß möglichst stündlich, ja sogar alle 10 Minuten (!) gemessen werden. Es empfiehlt sich, bei Paralytikern den Zeitpunkt, an dem zum erstenmal 101° F (38° 3C) und an dem zum erstenmal 103° F (39°4 C) überschritten wird, festzustellen. Ersterer Zeitpunkt entspricht meist dem ersten Plasmodiennachweis im dicken Tropfen, letzterer demjenigen im Ausstrich. Geringere Temperaturen kommen bei Paralyse auch spontan vor. Bei natürlicher Infektion beträgt die Inkubation 1—21 Tage, aber auch weit länger; bei künstlicher Anophelesübertragung 7—25—30 Tage (je nach der angewandten Methode, s. oben). Bei subcutaner Injektion dauerte die Inkubation bis zum ersten Überschreiten von 101° in 90% weniger als 21, in 46% weniger als 10 Tage, bis zum ersten Anstieg über 103° in 84% weniger als 21, in 38% weniger als 10 Tage. Bei intravenöser Applikation ist eine 1—19tägige Inkubation angegeben, bei intramuskulärer eine solche von 6—23 Tagen. Wurden von derselben Blutportion — unter sorgfältiger Vermeidung einer Sedimentierung — verschiedene Mengen injiziert, so entsprach der geringeren Menge die längere Inkubationszeit. Nur bei einer Versuchsserie traf diese Regel nur für den ersten Parasitennachweis, nicht für den ersten Temperaturanstieg zu. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Sézary et Barbé: Recherches sur la chimiothérapie de la paralyse générale. (Bericht über 88 energisch chemotherapeutisch behandelte Paralysen) Encéphale Jg. 21, Nr. 1, S. 1—17 u. Nr. 2, S. 99—115. 1926.

Von Arsenpräparaten wird Tryparsamid und Arsacetin abgelehnt. Letzteres führte häufig zu Opticusatrophie. Dagegen wurden einige Remissionen beobachtet nach Gebrauch von Éparsénol (eine Modifikation des Ehrlichschen Präparates 592, Aminoarsenophenol) in Kombination mit verschiedenen unspezifischen Mitteln wie Mesothorium, Gardenal, Hémostyl. Wismut, auch in Kombination mit unspezifischen Mitteln, versagte. Desgleichen die Anwendung von nucleinsaurem Natrium + Mesothorium, Zinkoxyd, Dinitrophenol. Über die Gesichtspunkte, die bei der Wahl und Kombination der verschiedenen Mittel maßgebend waren, wird nichts gesagt. Die Gesamtgaben der Arsen- und Wismutpräparate sind im allgemeinen recht hoch. Im ganzen ergibt sich bezüglich des klinischen Verlaufs ein Versagen der angewandten Chemotherapie. *Beringer* (Heidelberg).

Schizophrenie:

Mott, Frederick: The genetic origin of Dementia praecox. (Pathogenese der Dementia praecox.) Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 28, Nr. 7, S. 81-84 u. Nr. 8, S. 96-99. 1926.

Zusammenfassende Darstellung der bekannten Untersuchungen und Ansichten Motts über die Pathogenese der Dem. pr. Auf Grund ausgedehnter Stammbaumforschungen ist ihm die hereditäre Entstehung der Dem. pr. sicher, doch ist er nicht überzeugt von der Existenz eines geschlossenen Erbkreises, vielmehr bekennt er sich

Digitized by Google

zu der augenblicklich geächteten polymorphen Vererbung und findet, daß Abkömmlinge von manisch-depressiven Kranken, aber auch von Involutionsmelancholien und von senil Dementen häufig an Dem. pr. leiden. Seine histologischen Untersuchungen an Gehirnen, Hoden bzw. Ovarien und Drüsen mit innerer Sekretion führen ihn zu der Auffassung, daß es sich um eine angeborene mangelhafte Entwicklung und Lebensdauer der Träger der wichtigsten und höchsten Organfunktionen handelt, insbesondere werden die Befunde an den Generationsorganen mitgeteilt, welche bei fast allen Fällen von Dem. pr. regressive Atrophie der Spermatoblasten bis zu völligem Aufhören der Spermatogenese bzw. Schwinden der Primordialfollikel und ihren Ersatz durch Fibroblasten zeigten, während Kontrolluntersuchungen ähnliche Veränderungen bei körperlichen Erkrankungen, auch in vorgerücktem Alter, nur ganz ausnahmsweise auffinden ließen. *Geelvink* (Frankfurt a. M.).

Kure, S., and M. Shimoda: Studies on dementia precox. A statistical investigation of various conditions which might have affected the brain before the onset of the disease. (Dementia praecox-Studien. Eine Statistik über verschiedene Faktoren, die möglicherweise auf das Hirn vor dem Krankheitsausbruch eingewirkt haben.) (*Psychiatr. clin., Tokio imperial univ., Tokio.*) Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. **62**, Nr. 5, S. 485—497 u. Nr. 6, S. 597—611. 1925.

Im Anschluß an hirnanatomische Untersuchungen bei Dem. praecox-Kranken geben die Verff. umfangreiche tabellarische Übersichten über einige anamnestische Daten bei ca. 400 Fällen (einer japanischen I. A.). Sie forschten nach Schädigungen durch Vererbung (Alkoholismus, Geisteskrankheiten, Blutsverwandtschaft, Lues und Tbc. in der Aszendenz), Stigmata aus der Kindheitsentwicklung (Krämpfe, Bettnässen, Somnambulismus, intellektuelle Minderwertigkeit usw.) und aus der vorpsychotischen Zeit (akute Infektionen, Kopftraumen, Alkoholismus). In ca. 80% ihrer Fälle fanden sie derartige Faktoren. Die summarischen Ergebnisse werden nicht weiter ausgewertet. *H. Schulte* (Berlin).

Bleuler, E.: Zur Unterscheidung des Physiogenen und des Psychogenen bei der Schizophrenie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. **84**, S. 22 bis 37. 1926.

Auf seiner umfangreichen Erfahrung fußend, ergreift Bleuler in dieser Arbeit das Wort zu einem Grundproblem des Schizophreniegebietes. Macht man sich die theoretischen Voraussetzungen einer solchen „Unterscheidung" zu eigen, m. a. W. hält man die Frage für richtig gestellt, so findet man hier wertvolle Ergänzungen zu den Darlegungen in B.s großer Monographie über die Schizophrenien. Denn gerade das „physiogene" Moment an den schizophrenen Symptomen, welches dort manchem zu wenig hervorgetreten war, wird in der vorliegenden Arbeit eingehend berücksichtigt. Den organischen Anteil an der Affektstörung, dem Gedankendrängen, den Halluzinationen der verschiedenen Sinnesgebiete, der Orientierungsstörung, den katatonen Symptomen versucht B. herauszudifferenzieren, wobei er verschiedene Gesichtspunkte zu seiner Auffindung anwendet. Einmal weist ihn die Unabhängigkeit von psychischen Einflüssen, ferner die prognostisch ungünstige Bedeutung des betreffenden Symptoms darauf hin, daß es eine Äußerung des pathologischen Hirnvorgangs sei. Drittens verficht B. den Grundsatz: „im ganzen steckt in einer krankhaften Erscheinung um so mehr Psychisches, als sie peripherer, elementarer und allgemeiner zu taxieren ist" (also z. B. Körperhalluzinationen physiogener als Gehörstäuschungen). Endlich wird auch das Fehlen der Verstehbarkeit aus psychischen Zusammenhängen an mehreren Stellen als Unterscheidungsmerkmal genannt. Wünschte man diese Gesichtspunkte auch schärfer differenziert, so ergibt doch ihre gemeinsame Anwendung ein lebendiges Bild der interessanten „Mischgenesen", die gerade die Schizophrenie von der hier angewandten Betrachtungsweise aus so interessant und verwickelt erscheinen lassen. „So besitzt nicht nur der nämliche Zustand, sondern jedes Einzelsymptom Wurzeln sowohl im Physischen wie im Psychischen, und man hat, wenn man das Symptom in

Digitized by Google

seiner ganzen Erscheinung nimmt, nicht zu fragen: physisch oder psychisch? sondern inwiefern physisch und inwiefern psychisch?" Die so modifizierte Frage hält B. für beantwortbar, auch generell für die einzelnen Symptome sei es keine schwere Aufgabe, hier einmal Klarheit zu schaffen; allerdings mit der im folgenden Abschnitt gegebenen Einschränkung, daß psychogene Symptome nur in Beziehung zu dem Allgemeinzustand der Psyche und den Wurzeln, aus denen sie erwachsen, prognostisch bewertet werden können. Leider wird über die Grundstörung der „elementaren" schizophrenen Assoziationslockerung allzu kurz hinweggegangen; sie widersetzt sich offensichtlich der hier durchgeführten Scheidung, und damit erheben sich bei dem Leser wiederum Zweifel an der Zulänglichkeit und Fruchtbarkeit der ganzen Denkweise. Es erübrigt sich, zu erwähnen, daß immer wieder vor einer allzu äußerlichen Betrachtung der Erscheinungen gewarnt und die psychologische Durchdringung gefordert wird. Anmerkungsweise wird die Bezeichnung „Schizopathie" für eine hochgradige Steigerung der (normalen) schizoiden Reaktionsart vorgeschlagen, „ohne daß ein Prozeß oder eine Psychose anzunehmen wäre". – Praktisch wichtig sind die abschließenden, versicherungstechnischen Erörterungen, wonach in der Schweiz (nach einem Vorschlag von H. W. Maier) der Umstand, daß eine Schizophrenie durch den Militärdienst zwar nicht erzeugt, aber doch manifest werden kann, dazu geführt hat, eine Berentung für die Durchschnittsdauer eines akuten Anfalls (etwa ein halbes Jahr) vorzuschlagen. Dieses Vorgehen hält B. für den Tatsachen am besten entsprechend, wenn man sich speziellen Fällen durch Änderungen anzupassen weiß. Immer komme es auch hier darauf an, das Organische, Schicksalsmäßige vom Psychogenen abzutrennen. *W. Mayer-Groß.*

Storch, Alfred: Über den psychobiologischen Aufbau der Schizophrenie. (*Klin. f. Gemüts- u. Nervenkrankh., Univ. Tübingen.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **101**, S. 748—769. 1926.

Vgl. dies. Zentrlbl. **42**, 620.

Bielawski, Oskar: Die Schizophrenie. Nowiny psychjatr. Jg. **2**, H. 4, S. 267 bis 293. 1925. (Polnisch.)

Die Schizophreniekonzeption scheint viel mehr auf rein physiologischen Deduktionen als auf psychiatrischer Realität zu beruhen. In Burghölzli bei Zürich schätzt Bleuler sein Schizophreniematerial auf etwa 75%, also das 3fache aller übrigen Psychosen, in Dziekanka, einer ziemlich großen Anstalt bei Posen, erreicht die Schizophrenie kaum 10%. Schließt man nach Bielawski von der Schizophrenie die Kahlbaumsche Katatonie, die Morelsche Hebephrenie, die durch Schmerzhalluzinationen ausgezeichneten Wahnsinnsformen aus, die doch sämtlich auf degenerativem Boden entstehen, durch toxische, infektiöse oder hereditäre Momente verursacht, und möglicherweise ihr anatomisches Substrat in den grauen Zentren besitzen; schließt man weiterhin die postencephalitische, chronische Pseudokatatonie, Pseudohebephrenie und Pseudomelancholie aus, so bleibt von ihr ziemlich wenig übrig. Bei weiterem Abzug von derselben der schizophrenen Form des manisch-depressiven Irreseins, der Epilepsie, der Reaktionspsychosen, der Paraphrenien und des Rausches der Degenerierten, so löst sich die Schizophrenie klinisch fast ganz auf. Unzweifelhaft bleibt bestehen die schizoide, psychopathische Konstitution. *Higier* (Warschau).

Carp, E. A. D. E.: Über cyclische Formen schizophrener Prozeßpsychosen und die Anwendung der phänomenologischen Methode. (*Psychiatr. klin., univ., Leiden.*) Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **70**, 1. Hälfte, Nr. 4, S. 328—337. 1926. (Holländisch.)

Verf. teilt 2 Beobachtungen von periodischen Schizophrenen mit, die er im Anschluß an die Ausführungen von besonders Jaspers und Kronfelds daraufhin untersucht hat, was Prozeßerscheinungen und was Reaktion auf die Krankheit sei. Er hält anscheinend diese Betrachtungsweise für eine neue Entdeckung von Jaspers. Die schizophrenen Halluzinationen vergleicht er, wie Bleuler, mit Traumerlebnissen, ohne den bisher noch nicht widerlegten Einwand gegen Bleuler, daß die Traumerlebnisse

Digitized by Google

im Gegensatz zu den schizophrenen Halluzinationen inadäquaten Affekt zeigen, zu diskutieren und ohne auf diesen inadäquaten, auch in seiner Schilderung erkennbaren Affekt einzugehen. Dabei deutet er sehr viel in die Äußerungen seiner Patienten hinein. *Forster* (Greifswald).

Berze, Josef: Zur Phänomenologie und zur Theorie des Beziehungswahnes. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. **84**, S. 1—21. 1926.

Mitteilung der Selbstschilderung eines Schizophrenen mit Eigenbeziehung, aus der hervorgeht, daß dem Kranken die Eigenbeziehung als Ergebnis der „Berührung" affektbetonter Vorstellungen durch den unwillkürlichen Vorstellungsablauf sich darstellt, also als ein in der Insuffizienz der psychischen Aktivität begründetes und durch infolge dieser Insuffizienz ungehemmt erfolgende Assoziationsabläufe herbeigeführtes Symptom. Als Teilerscheinung der allgemeinen Aktivitätsinsuffizienz sind auch die Wahrnehmungsstörungen aufzufassen, die als Wahrnehmungsschwäche und Unabgeschlossenheit des Wahrnehmungsaktes sich darstellen und ihrerseits die Herbeiführung der die Eigenbeziehung auslösenden Vorstellungen ermöglichen. Es handelt sich also bei diesem Kranken nicht um einen Beziehungswahn, wie er bei paranoiden Kranken mit einheitlicher Wahnstimmung und Wahnrichtung im Sinne eines Bedeutungswahnes festzustellen ist, sondern um eine „Anspielungswahn" zu nennende Störung, da die Wahrnehmungen selbst keine wahnhafte Bedeutung für den Kranken haben, sondern erst die durch jede Wahrnehmung ausgelösten unwillkürlichen Vorstellungsabläufe durch Berührung affektbetonter Komplexe die Eigenbeziehung herstellen. Entgegen der Auffassung Kronfelds, daß es sich bei den Störungen des Aktivitätsbewußtseins meist um qualitative Modifikationen handle, die als Sekundärphänomene zu deuten seien, dagegen bei Fehlen des Aktivitätsbewußtseins um ein primäres, psychologisch nicht weiter zurückführbares Phänomen, sieht Verf. hier nur graduelle Unterschiede; primär sei nur die Herabsetzung der psychischen Aktivität, die Grundstörung, welche selbst aber nicht Gegenstand innerer Wahrnehmung werden könne, welche nur in ihrer Auswirkung als Störung oder Fehlen des Aktivitätsbewußtseins in Erscheinung trete. *Geelvink* (Frankfurt a. M.).

Giacanelli, Vittor Ugo: Sopra un caso di sindrome schizofrenica postoperatoria. (Über einen Fall von postoperativem schizophrenen Symptomenkomplex.) Ann. dell'osp. psichiatr. prov. in Perugia Jg. **19**, H. 1/3, S. 5—20. 1925.

23jähriger Bursche. Mutter habe an manisch-depressiver Psychose gelitten. Patient, vordem immer gesund, litt seit etwa 4 Monaten an Magenschmerzen, Erbrechen, Hyperacidität, so daß Diagnose auf Ulcus gestellt wurde, nachdem auch Röntgenbilder in demselben Sinne erhalten wurden. 13. VI. 1924 Gastroenterostomie; in den nächsten Tagen noch häufiges Erbrechen. Am 6. Tag nach der Operation begann Patient unruhig zu werden, worauf sich in raschem Ansteigen ein schwerer deliranter Verworrenheitszustand mit elementarer motorischer Erregung entwickelte. Rapide körperliche Konsumption. Nach 1 Woche dieses delirium-acutum-artigen Bildes hörte das Erbrechen auf, die Nahrungsaufnahme und der allgemeine Ernährungszustand wurden besser. Die Verwirrtheit hielt an, Phasen heftiger motorischer Erregung wechselten mit depressiven. Nach 4 Monaten trat eine Periode verhältnismäßiger Beruhigung ein. Patient zeigte Neigung zum Fettansatz. Immer klarer traten schizophrene Züge in Erscheinung. 2 Photogramme im Texte zeigen typisch katatone Haltung. Flexibilitas, raptus- und fugueähnliche Akte, dabei absolute Affektstumpfheit. Äußerlich vollkommen geordnet, erworbene Kenntnisse intakt. Grimassieren, unmotiviertes Lachen. Fehlen der sympathischen Pupillenreaktion. Eosinophilie (8%). Blick ausdruckslos, Stimmfall monoton, Redewendungen erfolgen gleichsam wie auswendig gelernt.

In den epikritischen Bemerkungen betont Verf. u. a., daß das gallige Erbrechen und die schweren gastrointestinalen Störungen als autotoxisch wirkende Faktoren neben der hereditären Veranlagung und der Operation in Betracht kamen. Der Beginn erschien unter einem amentiaartigen Zustand, der bald in das typische schizophrene Krankheitsbild überging. Flüchtiger Literaturüberblick, in welchem wichtige Arbeiten über postoperative Psychosen, so z. B. von Kleist u. a., nicht berücksichtigt sind. *Alexander Pilcz* (Wien).

Digitized by Google

Bresowsky: Amentia und schizophrene Reaktion. (*Psychiatr. Univ.-Klin., Dorpat.*) Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. **28**, Nr. 7, S. 84—85. 1926.

Amentia und amentielle, durch körperliche Erkrankungen ausgelöste Zustände der Dementia praecox lassen sich nicht unterscheiden. Ein zunächst günstiger Ausgang berechtigt nicht zur Diagnose einer Amentia, denn nach jahrelangem, gesundem Intervall kann ohne äußere Veranlassung ein neuer Anfall in schizophrenen Endzustand ausgehen; demnach hatte es sich bei der mit Heilung endenden Ersterkrankung um ein Sichtbarwerden einer latenten Dementia praecox in Form einer schizophrenen Reaktion auf das körperliche Leiden gehandelt. *Geelvink* (Frankfurt a. M.).

Halberstadt, G.: La démence précoce mélancolique. (Die melancholische Form der Dem. praecox.) Rev. neurol. Jg. **32**, Bd. **2**, Nr. 1, S. 18—27. 1925.

Fünf Krankengeschichten von D. p., bei welchen melancholieähnliche Symptome das Krankheitsbild beherrschen, werden mitgeteilt und eine Übersicht über die Literatur zu diesem Gegenstand, besonders die deutsche, gegeben. Keine neuen Gesichtspunkte. *W. Mayer-Groß.*

Mumford, P. B.: The circulation of the hands in primary dementia. (Die Zirkulation in den Händen bei Dementia praecox.) Journ. of mental science Bd. **72**, Nr. 296, S. 90—92. 1926.

In einer Reihe von Fällen waren die Hände bei warmem Wetter blaurot, etwas kälter und schweißfeucht. Das Eintauchen solcher Hände in Wasser von etwa 42° C erzeugte ein hellrotes Erythem. Durch Streichen wurde eine ähnliche tiefrote Fleckung erzeugt. Das sei die Folge einer Capillarlähmung. Der Vergleich der Oberflächenreaktionen bei Durchschnittsindividuen, solchen mit Dementia praecox und bei Hyperthyreoidismus ergebe eine Reihe gradueller Unterschiede. Verf. weist auf die Möglichkeit eines Dysthyreoidismus und Dyspituitarismus und die Störungen im sympathischen System bei Dementia praecox. Es sei zu untersuchen, ob die gleichen Zirkulationsstörungen in wärmeren Klimaten existieren und ob sie vor dem Auftreten psychischer Störungen beobachtet werden. *O. Albrecht* (Wien).

Daraszkiewicz, L.: Contractur der unteren Gliedmaßen bei Schizophrenie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. **84**, S. 87—93. 1926.

Unter Mitteilung von 9 Krankengeschichten wird die Entstehung von Contracturen der unteren Extremitäten bei Schizophrenen als organisch bedingt (Spannungserscheinungen durch den anatomischen Prozeß der Schizophrenie im Stirnhirn) aufgefaßt, da sich die Zustände ganz akut in Begleitung anderer organischer Symptome (Reflexstörungen, Kernig, Atrophien usw.) entwickelten, so daß die Herleitung aus Haltungsstereotypien, die wohl für einen Teil der Fälle berechtigt sein möge, nicht in Frage kommen könne. *Geelvink* (Frankfurt a. M.).

Leyser, Edgar: Zur Differentialdiagnose metencephalitischer und schizophrener Störungen. (*Klin. f. psych. u. nerv. Krankh., Univ. Gießen.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 3/4, S. 424—452. 1925.

Beschreibung eines Falles von metencephalitischem Parkinsonismus mit ungewöhnlichem halluzinatorisch-paranoischem Zustandsbild. Von äußerlich ähnlichen psychischen Bildern bei der Schizophrenie ist es bei genauer Analyse gut abgrenzbar durch das Fehlen der schizophrenen Grundsymptome. Der Verf. weist auf die klinische Ähnlichkeit seines Falles mit dem von Scholz publizierten und anatomisch verifizierten hin. Die Abweichung des psychischen Bildes beider Fälle von den gewöhnlichen exogenen Reaktionstypen ist vielleicht zu begründen durch die Prädilektion des encephalitischen Prozesses für die subcorticalen Ganglien. Die gute Abgrenzbarkeit von der Schizophrenie spricht gegen die neuerliche Anschauung, daß die Dementia praecox in den exogenen Reaktionstypen aufgeht. *A. Meyer* (Bonn).

Psychosen bei Allgemeinerkrankungen. Infektions- und Intoxikationspsychosen, Alkoholfrage:

Brugnatelli, Ernesto: Contributo clinico allo studio delle psicosi puerperali. (Klinischer Beitrag zum Studium der Wochenbettpsychosen.) (*Istit. ostetr.-ginecol., univ., Pavia.*) Folia gynaecol. Bd. **21**, H. 3, S. 537—552. 1925.

Verf. will eine idiopathische von einer eklamptischen Puerperalpsychose abgrenzen

Digitized by Google

und führt von jedem dieser Typen je einen Fall an. Beiden gemeinsam ist der akute Verlauf, der Ausgang in Heilung, die psychomotorische Erregung, Gehör- und Gesichtshalluzinationen, die bei der eklamptischen erschreckender und lebhafter zu sein schienen. Bei der eklamptischen Form besteht schwerste Bewußtseinstrübung und für die Zeit der Psychose ein Erinnerungsdefekt; die Kranke reagiert nicht auf die Vorgänge der Umgebung. Bei der idiopathischen Form werden die von der Umwelt ausgehenden Reize weiter verarbeitet, und die Erinnerung an die Zeit der Psychose bleibt. Die eklamptische Psychose, von der Verf. übrigens auch eine Forme fruste (als eklamptisches Äquivalent) und eine larvierte Form anzunehmen scheint, ist toxisch bedingt; sie geht mit den Anomalien des Harns und Blutdrucks gleichzeitig zurück. Die idiopathische Form bezieht Verf. auf die plötzliche Funktionsänderung des Ovariums mit Beendigungen der Gravidität, während er (wohl nicht mit Recht; Ref.) der fieberhaften Bronchitis seiner Patientin keine ätiologische Bedeutung beimißt. *Kastan* (Hamburg).

Peyrot, J.: Les psychoses tropicales. (Die Tropenpsychosen.) (*Ecole d'application du serv. de santé des troupes colon., Marseille.*) Sud méd. et chir. Jg. **57**, Nr. 2049, S. 3444—3455. 1925.

Die Arbeit Peyrots verbreitet sich über differentialdiagnostische Klärung der Frage, ob die gewöhnlichen in den Tropen vorkommenden Geisteskrankheiten, wie der Tropenkoller, die Latah, das Amoklaufen usw. als spezifische Syndrome aufgefaßt werden sollen oder ob ihnen diese Klassifikation nicht zukommt. Für diese Beurteilung ist in erster Linie der Umstand von Bedeutung, daß die Tropenneurasthenie der Weißen, das Tropendelir oder der Tropenkoller, der je nach der Beobachtungsörtlichkeit verschiedene Namen haben kann, vorwiegend bei Individuen zum Ausbruche kommt, deren Gesundheitszustand durch interkurrente Krankheiten, wie Sumpffieber, Tropendiarrhöe oder durch Alkohol, Opium, Haschisch usw. bereits untergraben ist. Als mittelbare Ursachen kommen dann die schwer erträgliche Hitze und die durch sie erzeugte dauernde Schlafunmöglichkeit, die körperliche Erschöpfung und der Mangel jeglicher Zerstreuung zur Geltung. Auch die mentale Konstitution spielt hierbei eine sehr bedeutsame Rolle, über die man anfänglich nichts in Erfahrung bringt, weil die nach den Kolonien transferierten Soldaten nirgends einem psychologischen Examen unterzogen werden. Auch ist zu bedenken, daß die weißen Kolonisten von vornherein mehr oder weniger psychopathisch verdächtig sind, weil geistig Normale es vorziehen, in der Heimat zu bleiben. Aus diesen Tatsachen heraus lassen sich diese Krankheiten kaum als autonome von den übrigen Psychosen abtrennen. Die Latah der Malaien ist ein psychopathischer Komplex hysteroemotiver Basis, der sich vorwiegend durch automatische Laut-, Phrasen- und Bewegungsnachahmungen auszeichnet; sie gehört zu den hysterischen Psychosen und ist keineswegs nur an die Sundainseln gebunden. Fehlt also auch hier eine Spezifität, so hält Autor das gleiche vom Amoklaufen, das er als eine mentale Debilität mit explosionsartigen Reaktionen hinstellt. Ähnlichkeitsbeziehungen bestehen bei solchen Psychosen, die mit homiziden Phasen einhergehen. Zur Begründung dieser immerhin eigenartigen Auffassung erbringt der Verf. eine Reihe von Krankheitsgeschichten, die im Originale einzusehen sind. *Dexler* (Prag).

Perelmann, Alexandre: Les psychoses de la malaria. (Die Malariapsychosen.) Encéphale Jg. **20**, Nr. 10, S. 740—751. 1925.

Verf. gibt zunächst einen kurzen Überblick über die wichtigsten früheren Arbeiten, die sich mit den Malariapsychosen beschäftigt haben. Daran anschließend unterscheidet er nach dem Auftreten 2 Hauptgruppen von Psychosen: die 1. umfaßt die im akuten Stadium sich entwickelnden Zustandsbilder, bei denen klinisch und hämatologisch die Malaria klar diagnostizierbar ist, die 2. Gruppe diejenigen der chronischen, den akuten Stadien folgenden Zustände; hieran schließen sich die Psychosen, für deren Entwicklung die Malaria nur die Gelegenheitsursache abgegeben hat. Im Initialstadium finden sich entweder unbestimmte Symptome wie Depression, unbestimmte Angst, Reizbarkeit usw. oder delirante Störungen. Die entwickelten Psychosen sind Kombinationen folgender Syndrome: halluzinatorisches Delir, akute Verwirrtheit bzw. Amentia, manische und depressive Bilder mit Neigung zu Halluzinationen, epileptiforme Erregungszustände, Stupor, paranoider Zustand, Korsakoff, pseudo-paralytisches Bild. Obwohl Verf. versucht, eine für die Malariapsychosen typische Kombination der genannten Syndrome festzustellen, kommt er im wesentlichen zu dem Schluß, daß sie sich psychopathologisch dem Rahmen der toxischen und Infektionspsychosen eingliedern, und hält sie im Anschluß an Bonhoeffer und Birnbaum für Reaktionstypen,

Digitized by Google

deren individuelle Erscheinungsform strukturanalytisch zu erforschen sei. — Pathologisch-anatomisch findet sich eine mehr oder minder generalisierte Meningo-Encephalitis. — Verf. weist darauf hin, daß die Arbeit nur einen Auszug aus einer russisch geschriebenen Monographie darstellt. *Jossmann* (Berlin).

Bonhoeffer, K.: Zur Therapie des Morphinismus. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Charité, Berlin.*) Therapie d. Gegenw. Jg. **67**, H. 1, S. 18—22. 1926.

Der Morphinismus hat seit 1917 eine Zunahme erfahren, 1922 war die Aufnahmeziffer die dreifache gegenüber 1913. Psychosen kommen als Abstinenzsymptom nicht vor, psychopathische Reaktionen von psychogenem Charakter sind häufig. Echte Delirien beruhen auf Komplikation mit Alkoholismus bzw. infektiösen oder kachektischen Erschöpfungszuständen. Die Entziehungserscheinungen dauern 3—8 Tage, die Schlaflosigkeit oft länger. Die Symptomatologie weist darauf hin, daß der Angriffspunkt, an dem sich die mit der Dauervergiftung und der Giftentziehung zusammenhängenden Vorgänge abspielen, das vegetative System ist. Entziehung ohne Anstaltsbehandlung gelingt lediglich in Fällen, in denen Morphinismus im engeren Sinne nicht vorliegt. Die zweckmäßigste Art der Entziehung ist die plötzliche. Schwere Organerkrankungen können eine Kontraindikation darstellen, körperlicher Verfall (durch Morphinismus) allein nicht. Bei Darreichung von Somnifen bei der Entziehung sah Verf. Atmungsstörung. Schlafmittel lassen sich zunächst nicht vermeiden, auch Bäder und Packungen sind angezeigt. Die plötzliche Entziehung ist die am wenigsten kostspielige, da sie die Behandlungsdauer abkürzt. Von nicht wenigen Morphinisten, die die langsame Entziehung kennengelernt haben, wird später die plötzliche bevorzugt. Die Gefahr, daß der Patient die Entziehungskur abbricht, spielt bei der plötzlichen Entziehung keine Rolle. Die morphiumfreien Intervalle sind bei plötzlicher Entziehung größer als bei langsamer. Für die Überwachung nach der Entlassung empfehlen sich Kontrollaufnahmen für ca. 3 Tage, die zur psychischen Beeinflussung auszunutzen sind. Bei der plötzlichen Entziehung spricht die Frage nach der Zulässigkeit der Zurückhaltung in der Anstalt keine wesentliche Rolle. Eine in der Unruhe der akuten Abstinenzphase erfolgende Umstoßung eines vorher gefaßten Entschlusses zur Entziehungskur ist nicht als eine ernsthaft zu nehmende Willensäußerung anzusehen. Eine Beschwichtigung des Patienten gelingt fast immer. Schwierigkeiten können bei langsamer Entziehung und bei der Nachbehandlung nach plötzlicher Entziehung entstehen. Gesetzliche Bestimmungen (Entmündigung wegen Alkaloidsucht) sind wünschenswert. *Henneberg* (Berlin).

Friedländer, A. A.: Eukodalismus und Gesetz. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. **28**, Nr. 8, S. 95—96. 1926.

Kurzer Hinweis auf die bekannte Tatsache, daß auch Eukodalgebrauch zu Gewöhnung führen kann, und daß daher Eukodal wie Eumekon und andere Opiumalkaloide nicht als Morphinersatz bei der Behandlung des Morphinismus verwendet werden darf. *Legewie.*

Bogomolov, T.: Behandlung der Narkomanie mit subcutaner Sauerstoffeinführung. Moskovskij medicinskij žurnal Jg. **1925**, Nr. 10, S. 40—44. 1925. (Russisch.)

Nach dem Vorgang von Toulouse und Vuillet in Frankreich und Protoprow in Leningrad werden auch in der Moskauer Klinik vom Prof. Gilgarowski subcutane Sauerstoffeinführungen bei verschiedenen Geisteskranken vorgenommen. Es wurden im ganzen 49 Fälle behandelt, darunter 22 Narkomane. Der Erfolg war gut: die motorische Unruhe wurde besser; es trat Schlaf, Appetit auf, Hb-Gehalt stieg um 20—25%, die roten Blutkörperchen vermehrten sich um 1 000 000—1 500 000. Es wurden jeden 2. Tag von 200,0—850,0 eingeführt, im ganzen 2—10 mal. Am bequemsten erwies sich das Epigastrium und die Schulterblattgegend auf der hinteren Axillarlinie. Die subcutane Einführung des Sauerstoffs während der Periode der Narkose vermindert die Narkose infolge der Steigerung der Oxydationsprozesse. Regelmäßige Sauerstoffbehandlung erleichtert und verkürzt. die Abstinenzperiode, verbessert die vasomotorischen Störungen, steigert die Ernährung, das Gewicht und die Hämoglobinmenge

Digitized by Google

im Blute. Infolgedessen ist es möglich, das Morphium ohne weiteres zu verbieten und die Schlafmittel fast völlig zu eliminieren. In leichten Fällen wird dadurch auch die ambulatorische Behandlung ermöglicht. *M. Kroll* (Minsk).

Rosenstein, L.: Zur Psychopathologie der Gewöhnung und der Neigung zu toxischer Berauschung. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 842—851. 1925. (Russisch.)

Der toxische Rausch zeigt 3 Komponenten: den Traumzustand, den emotionellen Zustand, den Schlafzustand (Narkose), er ist im allgemeinen emotionellen Charakters mit Erscheinungen von Schwächung der intellektuellen und Willensakte. Bei den Traumzuständen handelt es sich um eine illusionäre Verfälschung der Wirklichkeit bei Passivität des Erlebens; die emotionelle Seite beruht auf dem Vorhandensein von Organempfindungen. „Wenn der Geisteszustand des Rausches ein neues Persönlichkeitsbewußtsein ist, so tritt (andererseits) der durch das Gift hervorgerufene Gemütszustand in das Bewußtsein, wird fixiert und unterliegt bei seiner Wiederholung der Adaptation". Traumzustände haben nicht die Tendenz zu Gewohnheiten zu werden, wohl aber emotionelle, die dank der vom Narkomanen erlebten, gehobenen, angenehmen Stimmung zum leidenschaftlichen Begehren, zur Sucht führen. Diese Sucht ist nicht angeboren, sondern wird durch Gewöhnung, durch das Bedürfnis nach sich steigernden Dosen erworben. — „Die analytische Erforschung der krankhaften Erscheinungen mit Anwendung der evolutiv-historischen, sozial-ökonomischen, erb-biologischen usw. Interpretation kann die beste Gelegenheit für die Anwendung der dialektischen Methode in der Psychiatrie sein und in der Analyse der Bilder des toxischen Rausches und der Sucht enthüllt diese Methode den besonderen Zusammenhang einzelner psychopathologischer Elemente mit sozialen, ökonomischen, historischen, professionell-milieuhaften Bedingungen." Verf. bringt ferner einige allgemein gehaltene Sätze zur Konstitutionsfrage; er gibt an, daß in der Gegenwart der Zusammenhang der Narkomanie mit den Erscheinungen der Psychopathie und der Psychosen, sowie des Narkotismus mit den psychopathologischen Zuständen immer deutlicher werde. Die Wirkung des Cocains sei am meisten konform den sthenischen Psychopathen vom impulsiven, aktiven, harten, antisozialen Typus; Äther oder Baldrian werde vorzugsweise von weichen, guten, asthenischen oder hysterischen Psychopathen genossen, am häufigsten von Frauen. Das Morphium nehme eine Mittelstellung ein; seine Anhänger seien unausgeglichene Träumer, schizoide Neurotiker, „Lügner und Schwindler", andererseits Hysteriker und Psychastheniker. Dem Alkohol huldigen alle, doch der sthenische psychopathische Alkoholiker vom Typus des „Triebmenschen" oder des Epileptoiden, selbst der Dipsomane geben ihn auf, sobald sie den Cocainrausch kennen lernen. Verf. weist auf die große Bedeutung der Organempfindungen bei den verschiedenen Narkomanien hin.

Bresowsky (Dorpat).

Bruchanskij, N.: Zur Klinik und Psychopathologie der Delirienzustände. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 786—794. 1925. (Russisch.)

Ausführliche Krankengeschichte einer infolge Chloralhydratmißbrauchs erkrankten 38 Jahre alten Frauensperson. Die Patientin hatte im Lauf eines halben Jahres täglich 3—6 g Chloralhydrat eingenommen; während eines zufälligen septischen Fiebers (Gangrän eines Fingers infolge von Panaritium) erkrankte sie zum erstenmal an einem einige Tage dauernden halluzinatorischen Zustand. Darauf 11 Monate lang täglich 5—6 g Chloralhydrat bei äußerst mangelhafter Nahrungsaufnahme wegen fehlenden Appetites: Patientin wog nur ca. 48 kg. Nun erfolgte, wiederum im Anschlusse an eine akute fieberhafte Erkrankung mit Gelenkschmerzen, die in ein paar Tagen vorüberging, und nachdem Patientin 10 g Chloralhydrat eingenommen hatte, der Ausbruch eines 14 Tage dauernden deliriösen Zustandes. Patientin hörte Stimmen, sah Teufelchen, Katzen, Mäuse, Insekten, Verstorbene; fühlte Kribbeln, Prickeln, Insekten, Geschwüre auf der Haut; roch Schwefel; sie mußte Urin u. dgl. trinken; sie fürchtete verhaftet, überfallen, vergewaltigt zu werden; sie verkannte wahnhaft wie Umgebung, war dazwischen vorübergehend orientiert, antwortete auf Fragen, um gleich wieder sich mit halluzinierten Personen zu beschäftigen. Dazwischen Beschäftigungsdelirien. Undeutliche Sprache, starkes Zittern der Extremitäten, Schwanken beim Gehen. Nach 14 Tagen Genesung; katam-

Digitized by Google

nestisch berichtet die Patientin, sie habe die Halluzinationen der ersteren 5—6 Tage zum Teil als „Bilder", wie im Kino, erkannt, die späteren aber als wirkliche Wahrnehmungen erlebt. *Bresowsky* (Dorpat).

Gantkowski, Pawel: Über die Behandlung von Alkoholikern. Über die Bekämpfung des Alkoholismus mit besonderer Berücksichtigung des Wesens des Alkoholismus, der Prophylaxe und der Hygiene. (*Zakład hig., univ., Poznań.*) Arch. hig. Bd. 1, H. 2, S. 117—148. 1925. (Polnisch.)

In der Schaffung von Fürsorgestellen für Alkoholiker, wie sie bereits in ganz Deutschland und in Posen existieren, sieht der Verf. den wichtigsten Weg zur Bekämpfung des Alkoholismus. Der Verf. bespricht eingehend die Aufgaben solcher Fürsorgestellen, die Notwendigkeit des Zusammenarbeitens dieser mit Schulen, Krankenkassen, Polizei, Stellen für Arbeitsnachweis, sozialer Fürsorge, Arbeitsschutz usw. Eine sehr wichtige Rolle im Sinne der Prophylaxe schreibt der Verf. dem Ausbau des Unterrichts in Hygiene und körperlicher Erziehung an den Universitäten, Lehrerseminaren u. dgl. zu. Außerordentlich wichtig wäre die Unterstützung der verschiedenen antialkoholischen Vereine, ohne die eine Behandlung der Alkoholiker gewissermaßen illusorisch und erfolglos wird, seitens der Ärzteschaft. *St. Lichtenstein.*

Juliusburger, Otto: Trunksuchtmittel oder Antialkoholtherapie. Fortschr. d. Therapie Jg. 1, H. 19, S. 647—648. 1925.

Bei jedem Trinker kann und muß sofort von Beginn der Behandlung an der vollständige Entzug jedes alkoholischen Getränkes durchgeführt werden, evtl. — bei elendem Zustande des Patienten oder bei psychomotorischer Unruhe und psychischen Erregungszuständen — mit Bettruhe kombiniert. Bei Herzschwäche kein Alkohol, sondern Kardiotonin, Digitalis, Verodigen. Bei starkem Durstgefühl während des Alkoholentzugs Neu-Cesol-Merck (intern oder subcutan). Bei psychomotorischer Unruhe, Depressionen und Angstzuständen 3 × tgl. 0,05 Luminal oder 2—3 × tgl. $^1/_2$ Tabl. Dial-Ciba. Bei Schlaflosigkeit 1—2 Tabl. Dial. In leichteren Fällen innerer Unruhe Abasin 2—3 × tgl. 1 Tabl. (zum Schlaf 2 Tabl.). Bei Epilepsie-Verdacht Luminal längere Zeit, evtl. „Xifal-Milch mit Jod". Bei schwererer Depression Opium-Tropfenkur, evtl. 3 × tgl. 1—2 Neurophyllin-Tabl., die Opium enthalten. Später längere Zeit Psychotherapie, dauernde Abstinenz des Kranken und seiner nächsten Umgebung, Anschluß an Enthaltsamkeitsvereine, die eine glänzende psychopädagogische Arbeit leisten. Hypnose bringt höchstens vorübergehende Erfolge. Psychoanalyse oft von Nutzen. Bei sexuellen Reizzuständen Epiglandol intramuskulär, bei sexuellen Schwächezuständen Hormin oder Testogan bzw. Thelygan. *Kurt Mendel.*

Paranoia. Querulantenwahnsinn:

Claude, Henri, et Marcel Montassut: Délimitation de la paranoïa légitime. (Die Abgrenzung der echten Paranoia.) (*Clin. des maladies ment., fac. de méd., univ., Paris.*) Encéphale Jg. 21, Nr. 1, S. 57—63. 1926.

Eine kurze, aber das Wesentliche gebende Darstellung der Entwickelung des Paranoiabegriffes in der deutschen, italienischen und französischen Psychiatrie, mit dem Ergebnis, daß sich in diesen drei Ländern im wesentlichen eine Einigung auf die „par le maitre de Munich" geschaffene Lehre herausgestellt habe. *Geelvink* (Frankfurt a. M.).

Ewald, G.: Das manische Element in der Paranoia. (*Psychiatr. Klin., Univ. Erlangen.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 75, H. 4/5, S. 665—763. 1925.

Die Geisteskrankheit Paranoia wird als Produkt aus cykloidem Temperament und paranoidem Charakter aufgefaßt. Das paranoische Bild ist manisch unterlegt; aus der manischen Komponente ergibt sich die unerschütterliche Selbstsicherheit, die nie ermüdende Kraft, die innere und vielfach auch äußere Rastlosigkeit; bei Beobachtung längerer Perioden sieht man meist leichtes, aber deutliches Schwanken des vitalen Stimmungsuntergrundes. Der paranoide Charakter besteht in einer empfindlichen (affizierbaren), retentionsstarken, nicht hinreichend gesteuerten, egoistisch-triebhaften (Hyperésthesie de moi), bald mehr asthenischen, bald mehr sthenischen Wesensart,

Digitized by Google

sofern der Verfolgungswahn in Frage kommt; beim Größenwahn herrscht das Manische deutlicher, es ist hier stets mit einer phantastischen Note gepaart. Der paranoide Charakter wird nur dann zum Paranoiker, wenn die manische Untermalung hinzutritt.
Kretschmer (Marburg).

Robin, Gilbert: Les haines familiales dans les délires de persécution chez l'adulte et chez le vieillard. (Der Haß gegen die eigene Familie beim Verfolgungswahn der Jugendlichen und der Greise.) Journ. de neurol. et de psychiatrie Jg. 25, Nr. 10, S. 625 bis 634. 1925.

Verf. weist unter Berücksichtigung der französischen Literatur auf die charakterologische Grundlage der Wahnbildung beim senilen Verfolgungswahn hin und gibt 2 Beispiele von Tötung des eigenen Sohnes im Affekt aus Eifersuchtswahn bei schwierigen Psychopathen, aus deren Anlage heraus mit den durch das Altern bedingten Minderwertigkeitsgefühlen die Wahnideen in verständlichem Zusammenhang herauswachsen.
Reiss (Dresden).

Cronin, Herbert J.: Paranoia. A traumatic industrial accident case complicated by a mental derangement. (Paranoia. Eine Betriebsunfallverletzung, kompliziert mit einer geistigen Störung.) Boston med. a. surg. journ. Bd. **193**, Nr. 19, S. 872-873. 1925.

Verf. weist an Hand eines Falles, der einen 55jährigen Arbeiter betraf, welcher 11 Monate nach einer Handverletzung (Betriebsunfall) paranoide Ideen äußerte und seine Umgebung zu töten drohte, darauf hin, daß bei diesem Mann eine paranoide Belastung vorgelegen hätte, die durch den Entschädigungskampf in eine echte Paranoia umgewandelt sei. Er empfiehlt, derartige Unfallverletzte so schnell wie möglich einem Krankenhaus zuzuführen und sie, noch ehe das Entschädigungsverfahren eingeleitet sei, wieder an die Arbeit zu gewöhnen.
Heinrich Bernhard (Berlin).

Damaye, Henri, et Raymond Briau: Influence de la syphilis sur une débilité mentale paranoïaque. (Einfluß der Syphilis auf eine paranoide Psychose.) Progr. méd. Jg. 54, Nr. 9, S. 334 u. 339. 1926.

Pat. war stets Sonderling. In der Jugend Syphilis. Jetzt Paranoia (persécuté persécuteur) mit Größenideen, Intelligenzabnahme, Gedächtnisschwäche. Exitus infolge hepatorenaler Insuffizienz. Autopsie: Lebercirrhose, Nieren, Herz stark degeneriert, Pia mater verdickt, nicht adhärent. Ventrikel mittelmäßig gefüllt. Die in der Jugend erworbene Syphilis hatte bei dem ursprünglich debilen und paranoiden Kranken eine sehr langsam verlaufende, atrophierende Meningoencephalitis bestimmt. Diese Hirnläsionen haben klinisch den psychischen Zustand verschlimmert, ein délire de persécution mit Delirien hervorgerufen. Der atrophierende Verlauf des Hirnprozesses hat sehr langsam eine intellektuelle Schwäche (infolge progressiver Zerstörung der Hirnzellen) bedingt.
Kurt Mendel.

Degenerative psychopathische Zustände, Pathographien:

Bonvicini, G.: Die Aphasie des Malers Vierge. Wien. med. Wochenschr. Jg. 76, Nr. 3, S. 88—91. 1926.

Bonvicini schildert das Leben und die Krankengeschichte des spanischen Malers Daniel Urrabieta, genannt Vierge. Er war weder Linkshänder noch Ambidexter. Im Jahre 1882 im Alter von 31 Jahren erlitt er einen apoplektischen Insult, nach dem eine rechtsseitige Hemiplegie und motorische Aphasie dauernd zurückblieb. Er hatte einen Sprachrest: Patience und dé—dé—dé. Er hatte einen sehr beweglichen Gesichtsausdruck, einen intelligenten, sprechenden Blick und eine sehr expressive Mimik. Er hatte eine komplette Alexie, auch für Buchstaben, aber nicht für Zahlen, vollständige Agraphie, es fehlte aber absolut jede Worttaubheit. Er verstand jede Konversation, zeigte für die Äußerungen seiner Umgebung stets das größte Interesse. Intakt blieb auch das Verständnis für Gebärdensprache, sein ausgezeichnetes Gedächtnis sowie die Fähigkeit, Melodien zu verstehen und zu singen. Es bestand absolut keine Apraxie. Vierge erlernte durch geduldige und zielbewußte Selbstübung das Zeichnen mit der linken Hand innerhalb 6 Monaten derart, daß er die frühere Höhe seiner Leistungen erreichte. Zwei Jahre nach dem Insulte nahm er seine gewohnte Tätigkeit wieder auf. Der Fall des Malers Vierge lehrt, daß bei einer Brocaschen Aphasie gewisse Spezialgedächtnisse, Spezialtalente und die Intelligenz vollkommen erhalten bleiben können. Dies ist bei

Digitized by Google

der sensorischen Aphasie nicht der Fall. Die größte Bedeutung für den Intellekt des zivilisierten und gebildeten Menschen kommt besonders 2 Regionen der Sprachzone zu, der sensorischen und der optischen. Head hat in letzter Zeit die Aphasie als eine Störung der Formulierung des symbolischen Denkens und des Ausdruckes bezeichnet. Wenn damit nur die sprachlichen Symbole gemeint sind, dann widerspreche, sagt B., der Fall Vierge nicht den Anschauungen Heads; ist aber die Symbolisierung im allgemeinen gemeint, dann widerspreche der ausdrucksreiche Inhalt der Bilder des aphasischen Malers jener Ansicht. *Sittig* (Prag).

Hermann, Imre: Gustav Theodor Fechner. Imago Bd. 11, H. 4, S. 371—420. 1925.

Die auch als selbständige Schrift erschienene Arbeit macht den Versuch einer Pathographie Fechners unter psychoanalytischen Gesichtspunkten. Die einzelnen Abschnitte behandeln nach diesem Programm: Biographisches (darunter besonders die schwere Krankheit in den Jahren 1840—1843), die Idee der Psychophysik, die Idee der Tagesansicht, das Formale im Denken Fechners, die Begabungsgrundlagen; der Anhang behandelt Fechner als Vorläufer psychoanalytischer Erkenntnisse. Die an sich zu begrüßende Tendenz, Leben und Werk des Forschers im Sinne eines einheitlichen, wissenschaftlich faßbaren Erlebnistypus zu werten kommt — offenbar auf Grund eines (im schlechten Sinne) nominalistischen Schematismus, der Wort- und Bildanalogien für wissenschaftliche Erkenntnisse hält, und dem die tatsächlichen Gegebenheiten nur dazu dienen, die eigene Einseitigkeit zu sanktionieren — zu den sonderbarsten Ergebnissen. Da Ref. sich nicht für befähigt genug hält, in einem kurzen Referat die Sprache des Verf. verständlich zu machen, sollen ein paar Proben den Geist der Arbeit charakterisieren. Die Krankheit Fechners ist („natürlich"; Ref.) eine Regression; eine eigene Äußerung Fechners, die von einer etwa 10 Monate dauernden „Abscheidung aus der Welt" spricht, wird als Zeiterlebnis einer „etwas verzögerten intrauterinen Entwicklung" gedeutet; gelegentlich einer Klage Fechners über schnellen Puls fragt Verf. (doch wohl rhetorisch; Ref.): „War das nicht der schnelle Puls des Fetus und des Neugeborenen?" — Die Maßformel der Fechnerschen Psychophysik gibt „eine Gesetzmäßigkeit des Wachstums wieder, mit besonderer Berücksichtigung des intrauterinen („negativen") Lebens und der Geburt (Schwelle)". Das Formale im Denken Fechners ist beherrscht vom „Dualschritt" (der sich manifestiert als „die Fixierung an den Kinderwunsch, das Aufwachsen in 2 Familien, das Teilenmüssen seiner kindlich-männlichen Ansprüche mit einem Bruder, die Fixierung der Ödipus-Konstellation in der These der Gleichsetzung von Mutter und Vater") und im „Umkehrschritt", als dessen Grundlage Verf. eine „stärkere Fixierung an der Analerotik, an homosexueller Richtung der Libido, an kindlichem Narzißmus und an den Ödipus-Konflikt betreffend Vertauschung der Vater-Mutter-Rollen" findet. Verf. bringt als „Beweis" dieser Thesen eine größere Zahl Fechnerscher Originalstellen, die einer schlichten Betrachtung lediglich als der Ausdruck des dialektischen Verfahrens wissenschaftlicher Arbeiten erscheinen. Wenn Verf. die Begabung des Denkers begründet „durch einen temporär erhöhten Libidotonus des Gehirns", so eröffnet sich damit der erfreuliche Ausblick auf eine psychoanalytische Diagnostik und natürlich auch Therapie der Stauungspapille (Ref.). — Ref. ist der Ansicht, daß durch derartige Arbeiten der Kontakt der psychoanalytischen Bewegung mit der Psychiatrie und Psychologie nicht gefördert, daß andererseits die positiven Ergebnisse der psychoanalytischen Forschung in einer auch von vielen ihrer Vertreter nicht gewünschten Form diskreditiert werden. *Jossmann* (Berlin).

Psychogene Psychosen, Hysterie, Kriegsneurosen:

Klauder, Joseph V.: The cutaneous neuroses with particular reference to psychotherapy. (Die Hautneurosen. Mit besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 22, S. 1683—1690. 1925.

Verf. bespricht — vom Standpunkt des Dermatologen — die Beziehungen von Haut und Psyche. Er zitiert die englischen und französischen Fälle von suggestiv hervorgerufenen Hauterscheinungen. Es folgen eigene Fälle von psychogen bedingtem Pruritus und Urticaria. Verf. begnügt sich mit einer ziemlich oberflächlichen Exploration und den einfachsten psychotherapeutischen Ratschlägen und hat schon damit Erfolge. Weiters bespricht Verf. das psychogene Ekzem, psychogenes Ergrauen, angioneurotische Erscheinungen und deren Folgen und die sich auf die Haut beziehenden Phobien, Manien und Tiks. — In der Aussprache erinnert u. a. Zeisler (Chicago), daß der Pruritus Folge einer Bilirubinämie sein kann, wobei die anderen Symptome der internen Erkrankung erst bei genauerer klinischer Untersuchung zutage treten. *Josef Wilder* (Wien).

Escudero, Pedro: Neurose des unteren Mesenterialplexus. Trabajos y publ. de la clin. del prof. Pedro Escudero Jg. 1925, S. 185—197. 1925. (Spanisch.)

Eine Frau von 42 Jahren litt seit dem 21. Jahr an Kolikanfällen mit galligem Erbrechen. Mit 31 Jahren unterzog sie sich der Fixation der rechten Niere, da man in einer Ptose dieser

Digitized by Google

Niere die Ursache der Schmerzen vermutete. Nach einiger Zeit der Erleichterung stellte sich das alte Leiden wieder ein. Die Schmerzen traten anfallsweise in der linken Lendengegend auf und strahlten in die linke Magen- und Brustgegend aus. Dabei Kontraktionen des Kolons und Borborygmen mit nachfolgender Verstopfung. Differentialdiagnostische Erwägungen führten den Verf. zur obigen Diagnose (Affektion des XII D und I L. Nerven). Verf. sah als Ursache die Dysfunktion des Ovariums an und verordnete mit Erfolg Ovarialpräparate. — Im zweiten Fall handelte es sich um einen 29 Jahre alten Mann mit einem ähnlichen Leiden. Man hatte ihn erfolglos am Blinddarm und Magen operiert. Verf. führte das Leiden auf Hyperthyreoidismus zurück. Antithyreoidinpräparate behoben die Krankheit. *Ganter* (Wormditt).

Reich, Wilhelm: Über die chronische hypochondrische Neurasthenie mit genitaler Asthenie. Internat. Zeitschr. f. Psychoanalyse Bd. 12, H. 1, S. 25—39. 1926.

Klare und übersichtliche Darstellung der heutigen Auffassung der Neurasthenie vom Standpunkt des strengen Freudianismus. Die Arbeit stützt sich offensichtlich auf ein großes, gut beobachtetes Krankenmaterial. Vor allem sind die Erörterungen über Sexualneurasthenie (besonders über die verschiedenen Formen der Ejaculatio praecox) psychologisch fein und interessant. Die sorgfältigen Differenzierungen eignen sich nicht zur kurzen Wiedergabe, zumal die Arbeit selbst eine konzentrierte Zusammenfassung der Anschauungen des Autors ist. Auch wer die dynamistischen Theorien der Schule nicht mitmachen kann und die Verallgemeinerung der sexualneurasthenischen Erfahrungen auf die Neurasthenie überhaupt ablehnt, wird in der Abhandlung auf beachtenswerte Einzelheiten stoßen. *W. Mayer-Gross* (Heidelberg).

Boenninghaus, Georg: Über hysterische Sprachlähmung des Gaumensegels nach Diphtherie. (*St. Georg-Krankenh., Breslau.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 52, Nr. 8, S. 322—323. 1926.

Eine 25jährige Frau hatte vor $2^1/_2$ Jahren nach Diphtherie echte organische Gaumensegellähmung mit Fehlschlingen, das nach einigen Wochen verschwand, während die nasale Sprache noch 4 Monate anhielt und sich seitdem alle 2—3 Monate für ca. 8 Tage wieder einstellte. Die Untersuchung ergab, daß die nasale Sprache nur beim Sprechen, nicht beim a-Sagen, wobei sich das Gaumensegel kräftig anhob, vorhanden war. Mit suggestiver Behandlung war die normale Sprache wieder herzustellen. *Max Grünthal* (Berlin).

Platonov, K.: Behandlung der Psychoneurosen. Sovremennaja psichonevrologija Jg. 1, Nr. 6/7, S. 17—25. 1925. (Russisch.)

Die Reflexologie (Pawlow, Bechterew) gibt eine befriedigende Erklärung für die Erscheinungen der Suggestion und Hypnose. Im Lichte dieser Lehre erscheint die Suggestion als eine bedingtreflektorische Reaktion auf einen bestimmten Reiz. Während des hypnotischen Zustands sind die meisten bedingtreflektorischen Vorgänge gehemmt. Es gelingt während der Hypnose psychophysische Vorgänge zu erzeugen. Die Reflexologie sieht in der Psychoneurose eine Störung des bedingtreflektorischen Mechanismus, eine Störung des Gleichgewichts zwischen Erregung und Hemmung. Diese Störung läßt sich in der Hypnose beseitigen. Verf. bringt einige Beispiele von Heilung langdauernder Psychoneurosen durch Hypnotherapie. *Wolpert* (Berlin-Schlachtensee).

Forensische Psychiatrie.

Dirksen, Eduard: Asoziale Familien. Gesundheitsfürs. f. d. Kindesalter Bd. 1, H. 2, S. 90—109. 1925.

Verf. bearbeitet die bekannten degenerierten Familien, mit denen sich kürzlich auch Madisson (vgl. dies. Zentrlbl. 42, 460) beschäftigt hat, und kommt im wesentlichen zu den gleichen Ergebnissen in bezug auf Bekämpfung der Degenerationsasozialität wie der genannte Autor. *Gregor* (Flehingen i. Baden).

Gruhle, Hans W.: Kraepelins Stellung zur Verbrechensbekämpfung. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 84, S. 205—216. 1926.

Ausgehend von einem Aufsatze Kraepelins aus dem Jahre 1880, in welchem bereits das befristete Strafmaß als sinnlos verworfen ward, betrachtet Verf. die seitherige Entwicklung der kriminalistischen Anschauungen. Damals fanden Kraepelins Forderungen gegenüber der Herrschaft des alten Vergeltungsprinzips noch wenig Verständnis. Auch als er 1906 „Verhütung, Besserung und Unschädlichmachen" als die

Digitized by Google

drei Funktionen der Verbrechensbekämpfung erklärte, war sein Standpunkt durch vorausschauende Klarheit und Abneigung gegen Kompromisse ausgezeichnet. Im neuen Strafgesetzentwurfe von 1925 ist jetzt die Möglichkeit der Sicherungsverwahrung für gefährliche Gewohnheitsverbrecher vorgesehen, während das Jugendgerichtsgesetz von 1923 wesentliche pädagogische Gesichtspunkte zur Geltung gebracht hat. So beginnt das Sicherungs- und Besserungsprinzip sich allen Widerständen zum Trotz durchzusetzen. Um so dringlicher erscheint Kraepelins alte Forderung nach einer gründlichen kriminalpsychologischen Ausbildung der Juristen angesichts der großen Freiheit des Urteils, die dem Richter verliehen werden soll. *Raecke* (Frankfurt a. M.).

Miklaszewski, W.: Das verbrecherische Kind. Opieka nad dzieckiem Jg. 3, Nr. 3, S. 111—137. 1925. (Polnisch.)

Mit großem Talent und guter historischer Sachkenntnis wird in wissenschaftlich feuilletonistischem Stil von der Althebräer-Ära über die römische und mittelalterliche Epoche die Lehre von den jugendlichen Verbrechern kritisch besprochen, speziell wie sie sich in Polen darstellt, das zu viele Gefängnisse und zu wenig Schulen besitzt, das zu sehr an Angeborensein und Vererbung der Verbrecherinstinkte, zu wenig an künstliche Züchtung der Verwahrlosung von Verbrecherkandidaten glaubt, das alles der Regierung und fast nichts der gesellschaftlichen und privaten Initiative überläßt, das veraltete Regime der Verbrecherschulen und Verbrecherasyle duldet und radikale Reformen im Kinderverbrecherwesen instinktiv fürchtet. *Higier* (Warschau).

Lombroso, Gina: La crudeltà della donna delinquente nei suoi rapporti con la donna normale. (Die Grausamkeit der verbrecherischen Frau in ihren Beziehungen zur normalen Frau.) Arch. di antropol. crim. psichiatr. e med. leg. Bd. 45, H. 5, S. 453 bis 457. 1925.

Psychologische Betrachtung, die zwischen dem Verhalten der von Natur „alterozentrisch" dem Schmerz positiv zugeneigten Frau und der häufig beobachteten, der weiblichen Psyche anscheinend fremden, Grausamkeit bei der Begehung von Verbrechen einen verständlichen Zusammenhang herzustellen sucht. *Jossmann* (Berlin).

Goroncy, Curt: Untersuchungen an in der Kindheit genotzüchtigten weiblichen Personen. (*Inst. f. gerichtl. u. soz. Med., Univ. Königsberg i. Pr.*) Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. 7, H. 1, S. 1—23. 1926.

Bei einem großen Teil der Untersuchten war der Vorfall vergessen, bei vielen in der Erinnerung erheblich verblaßt. Ein vorzeitiges Erwecken der Sinnlichkeit ist nicht beobachtet worden; geschlechtliche Lustgefühle bei der unzüchtigen Handlung wurden von allen bestritten. Wo es zu geschlechtlicher Verwahrlosung kam, wurde auch sonst erhebliche Verwahrlosung aus inneren oder äußeren Gründen gefunden. In der subjektiven Bewertung der Erwachsenen stellt sich das Sittlichkeitsattentat in der Kindheit mit wenigen Ausnahmen als völlig belanglos dar. Das psychosexuelle Verhalten der Erwachsenen bewegt sich in den Grenzen sonstiger Erfahrungen an erwachsenen Frauen. Das psychische Gleichgewicht wurde nicht alteriert und keine psychogenen Erkrankungen, die mit dem Kindheitserlebnis in Beziehung gesetzt werden könnten, festgestellt. Verf. verlangt, daß gelegentlich der sexuellen Aufklärung die anatomischen Verhältnisse vor und nach der Defloration erörtert werden; er glaubt, daß viele Mädchen sich vorsichtiger benehmen würden, wenn sie neben der Infektionsgefahr und Graviditätsmöglichkeit auch auf diesen Punkt aufmerksam gemacht würden.

Göring (Elberfeld).

Kitzinger, F.: Zu Rittershaus' Bemerkungen über meine Aphorismen. (Monatsschrift 16. Jahrg. S. 202.) Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform Jg. 17, H. 1/2, S. 32—41. 1926.

Gegen die Forderung Kitzingers, in Gerichtsverfahren bei der Frage der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit Psychologen als Sachverständige zuzuziehen, hat Rittershaus Einwände gemacht (vgl. dies. Zentrlbl. 42, 228). K. versucht diese Einwände zu entkräften. Überzeugende Gesichtspunkte werden nicht beigebracht. *Seelert* (Berlin).

Digitized by Google

Hellstern, Erwin P.: Vorgetäuschte Geistesstörungen während der Haft. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 83, H. 1/2, S. 38—52. 1925.

Übersicht über die in der Literatur vorliegenden Ansichten über Simulation von Geistesstörungen durch meist psychopathische Verbrecher und kurze Mitteilung einer Reihe eigener Beobachtungen aus der Praxis als Strafanstaltsarzt, die eingeteilt werden in Erregungszustände, Stuporen, paranoide und halluzinatorische Bilder, sowie solche von Pseudodemenz und Dämmerzuständen. *Geelvink* (Frankfurt a. M.).

Reinheimer: Inwieweit ist bei geistigen und schweren nervösen Erkrankungen eine Anfechtung der Ehe auf Grund des § 1333 BGB. möglich? Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. 7, H. 1, S. 80—117. 1926.

Die juristischen und medizinischen Fragen werden ausführlich besprochen. Die Grenzen der Anwendbarkeit des § 1333 stehen noch nicht völlig fest, wenn sich auch schon gewisse Richtlinien herausgebildet haben. Mehr Schwierigkeit als die juristischen Begriffe machen die medizinischen, wie Belastung, Anlage, Konstitution. Theoretisch besteht die Möglichkeit bei fast allen Psychosen und auch Psychoneurosen die Ehe auf Grund des § 1333 zu lösen. Die Schwierigkeit der ärztlichen Begutachtung liegt vor allem darin, daß es sich vielfach um Grenzzustände handelt, daß der Geisteszustand zu einer weit zurückliegenden Zeit beurteilt werden muß, daß bindende Schlüsse auf den zu erwartenden Verlauf gezogen werden sollen, daß der subjektive Standpunkt des Anfechtenden kritisch beleuchtet werden muß hinsichtlich der Irrtumsmöglichkeit und hinsichtlich der eheabschreckenden Wirkung der in Frage stehenden Erkrankung. Die ärztlichen Gutachten dürfen sich nicht nur auf den Wortlaut des Gesetzes aufbauen, sondern müssen auch die Wandlungen der Gesetzesauslegung, wie sie sich aus der Spruchpraxis der obersten Gerichte ergeben, berücksichtigen. *Göring* (Elberfeld).

Sarwey, O.: Die Fruchtabtreibungsseuche. I. Zur Indikationsstellung und Berechtigung des künstlichen Abortes. Dtsch. Zeitschr. f. öffentl. Gesundheitspfl. Jg. 2, H. 1/2, S. 1—7. 1925.

Bei der Hyperemesis gravidarum ist der künstliche Abort nur mit Beginn des toxischen Stadiums einzuleiten; im neurotischen (Anfangs-) Stadium ist die interne Behandlung der Krankheit durchzuführen (Bettruhe, Diät, psychische Therapie, Serum). Verf. schlägt folgenden Paragraph für das neue StGB. vor: „Der aus medizinisch-wissenschaftlich anerkannten Indikationen vom approbierten Arzt zur Rettung der Mutter aus Gefahr für Leben oder Gesundheit nach allen Regeln der Kunst vorgenommene künstliche Abort ist straffrei." *Kurt Mendel.*

Das Konstitutionsproblem, Erblichkeits- und Rassenforschung.

La Franca, S.: Il problema delle costituzioni. (Das Konstitutionsproblem.) (*Istit. di patol. med., univ., Palermo.*) Folia med. Jg. 11, Nr. 23, S. 881—900. 1925.

Nach einer historischen Einleitung, in der Verf. nachweist, daß das Konstitutionsproblem seit dem Altertum die Ärzte beschäftigt hat, nimmt er zu den modernen Auffassungen vom Wesen der Konstitution kritisch Stellung. Die strenge Scheidung in „konstitutionelle" und „konditionelle" Faktoren ist nicht berechtigt, da beide vielfach ineinander übergehen. Konstitution ist nicht etwas unabänderlich Gegebenes, nur durch erbliche Einflüsse Bedingtes, sondern ein „stato di tendenza", auf den das ganze Leben hindurch die verschiedensten äußeren Faktoren (Ernährung, Temperatur, barometrische Einflüsse, Infektionen u. a.) einwirken. Der Hauptträger der körperlichen Individualität ist das endokrine System. Die Aufstellung bestimmter Konstitutionstypen, wie z. B. der vagotonischen und sympathicotonischen Konstitution, ist bedenklich; zum mindesten muß man sich bewußt bleiben, daß die Grenzen fließend sind. Unter den verschiedenen Typen verdient besondere Beachtung die arthritische Konstitution, die man allerdings nicht so weit fassen darf, wie es besonders von französischen Autoren geschieht. Der Begriff der Konstitution hat seinen klinischen Wert,

Digitized by Google

weil sie der Boden ist, auf dem sich die Krankheiten entwickeln und weil diese letzteren durch ihn in ihrer Erscheinungsweise modifiziert werden. *Reich* (Breslau).

Schmidt, Rudolf: Über einen im Sinne eines Sexualsymptomes aufzufassenden spezifisch-femininen Bewegungsimpuls („Lippen-Schleckphänomen"). Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 2: Zeitschr. f. Konstitutionslehre Bd. **12**, H. 2, S. 244—245. 1926.

Das Lippenschleckphänomen besteht in einem mehr oder minder raschen Vorschnellen der Zungenspitze, manchmal verbunden mit einem mehr oder minder ausgesprochenen Abschlecken der Lippen. Diese Bewegung beobachtete Verf. fast ausschließlich bei Frauen und er vermutet, daß sie, beim Mann beobachtet, als ein heterosexuelles Stigma anzusprechen ist, etwa ebenso wie die Pfeifbewegung der Lippen beim Weibe. Er empfiehlt, bei Homosexuellen auf dieses Phänomen zu achten. *Guttmann.*

Buschke, A., und Martin Gumpert: Zur Kenntnis des Sexualcharakters des Kopfhaarkleides. (*Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.*) Klin. Wochenschr. Jg. **5**, Nr. 1, S. 18—20. 1926.

Im Anschluß an Untersuchungen von R. O. Stein fanden die Verff., daß das Zurücktreten der Haare an den Stirnwinkeln kein einwandfreies sekundäres Sexualmerkmal sei. Allerdings hatten von 500 Frauen nur 9,5% diese Calvities frontalis, während bei 500 Männern zwischen 20 und 40 Jahren 62,5% Winkel hatten und zwischen 17 und 20 Jahren 33,3%. Ein Zusammentreffen von Winkellosigkeit und Feminismus ließ sich jedoch nicht feststellen. Auch fehlten häufig bei vollwertigen maskulinen Männern die Ecken, und sie fanden sich bei Frauen ohne maskuline Tendenzen. Es scheint also die Kopfbehaarung im Gegensatz zur Körperbehaarung unabhängig von der Tätigkeit der Sexualhormone zu sein. (Daher gibt es auch Eunuchoide mit ausgesprochener Winkelbildung.) Von den für den Kopfhaarwuchs verantwortlichen Faktoren wurde auf die Beschaffenheit der Haare und die Haarwachstumsrichtung geachtet. Weichhaarige Männer hatten doppelt so viel Winkelbildung. Die bei Säuglingen schon in klassischen Darstellungen sich findende Scheitelglatze wird in Zusammenhang mit lokal angelegten Haarströmen gebracht. Der Einfluß der Rasse, der Proportion und Wachstumsgeschwindigkeit der Schädelknochen soll noch verfolgt werden. *Fränkel* (Berlin).

Laurent, Roger: Le caractère schizoïde. Etude psychologique. (Der schizoide Charakter. Psychologische Studie.) Rev. méd. de l'est Bd. **53**, Nr. 8, S. 256—284. 1925.

Weitausholende, mit reichlichen Zitaten aus Philosophie und Dichtung geschmückte Plauderei über den schizoiden Charakter, dessen Begriff sehr unbestimmt gefaßt wird. Er wird definiert als „die psychische Individualität eines Menschen, der die Neigung hat, sich mehr und mehr von der Außenwelt abzusondern, aus dem Wunsche, durch den Verzicht auf Kontakt sich der Lust hinzugeben, als Zuschauer dem Abrollen seiner Traumbilder beizuwohnen, ohne aber imstande zu sein, Bilder und Lustgefühle in rechten Einklang und Beziehung zu bringen. Diese Loslösung von der Realität kann sein: 1. Angeboren, also eine schizoide Konstitution; psychologisch gekennzeichnet durch das Fehlen affektiver Spannungen, insbesondere des Aktivitätsgefühls (Oesterreich); seinem biologischen Ursprung nach: eine vagosympathische und endokrine Gleichgewichtsstörung. 2. Erworben; vorwiegend zur Zeit der Pubertät, durch Verdrängung der Affektivität, welche potentiell unversehrt bleibt, ins Unbewußte; und zwar entweder als Folge physiologischer Vorgänge (Infunktiontreten der inneren Sekretion von Eierstock und Hoden) oder ganz besonders durch soziale Einwirkungen, welche das Individuum zwingen, Komplexe zu verdrängen, die von der Gesellschaft nicht geduldet werden". Diese (frei übersetzte) Zusammenfassung möge einen Eindruck der geistreichen und unverbindlichen Gedankenspiele Laurents vermitteln, wie solche leider ja auch in der deutschen psychiatrischen Literatur heute nicht selten sind. *W. Mayer-Groß* (Heidelberg).

Agostini, Cesare: La influenza dei fattori biologici nella formazione del carattere. (Discorso tenuto per la solenne inaugurazione dell'anno accademico 1924—1925 della università di Perugia.) (Der Einfluß der biologischen Faktoren auf die Gestaltung des Charakters. [Rede, gehalten zur feierlichen Eröffnung des akademischen Jahres 1924—1925 an der Universität Perugia].) (*Clin. d. malatt. ment. e nerv. e istit. di med. leg., univ., Perugia.*) Ann. dell'osp. psichiatr. prov., Perugia Jg. **18**, H. 4, S. 5—26. 1924.

Dieser für gebildete Laien bestimmte Vortrag berührt die Hauptprobleme der Eugenik.

Digitized by Google

Er hebt die Bedeutung der Erbanlage, der Keimschädigung durch Tuberkulose, Alkohol und Lues hervor, er erwähnt die natürliche Auslese, erläutert den Begriff der Entartung und sieht im psychischen Trauma der Mutter, in der seelischen Qual der unehelichen eine Gefahr für das Kind. Durch die obengenannten Gifte werden die endokrinen Drüsen geschädigt, von denen jede einzelne den Charakter, in erster Linie das Affektleben, in ganz spezifischer Weise beeinflussen soll. Wieweit Verf. hierin geht, dafür eine Äußerung als Beleg: „Die hypothymischen Kinder sind Träumer, Romantiker, neigen zum Selbstmord aus nichtigster Ursache". In der Zeit der Pubertät mit ihrer gewaltigen, teils von den Keimdrüsen abhängigen psychischen Wandlung macht sich auch die ererbte Keimschädigung am stärksten in ungünstigem Sinne bemerkbar. Die verschiedenen Charaktere — hysterische, paranoische usw. — werden geschildert. Gefordert wird zur Verbesserung der Rasse der Ehekonsens, dessen Einholung leider am Eigennutz der Ehepartner scheitert, die Isolierung und die Röntgenkastration der Asozialen, der Schutz der unehelichen Mutter. Der Rassenmischnng wird ebenso eifrig das Wort geredet wie einem individualisierenden Unterricht. *Kastan* (Hamburg).

Bauer, K. H.: Genpathologie. (*Chir. Univ.-Klin., Göttingen.*) Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 135, H. 1, S. 96—113. 1925.

Die vorliegende Arbeit stellt sich die Aufgabe, „1. in gedrängtester Kürze die Ergebnisse der heutigen Vererbungsbiologie in den Grundzügen zu umreißen, 2. die Bedeutung dieser Vererbungslehre für die Medizin in den Hauptauswirkungen zu skizzieren und 3. zu versuchen, ... die erbbiologische Methode in ihrer Anwendbarkeit und Anwendung auf Fragen der Medizin zu würdigen." Mit durchaus berechtigtem Optimismus setzt Verf. sich für die genpathologische Betrachtungsweise in der Medizin ein. Zunächst wird es darauf ankommen, eine möglichst große Anzahl von Genen beim Menschen nachzuweisen. Ferner müssen diese Gene ganz genau in ihrer Wirkungsweise studiert werden. Und endlich sollte man sich nicht scheuen, auch das Tierexperiment für die Genpathologie nutzbar zu machen; denn immer wird bei Versuchstier und Mensch eine Anzahl von homologen und analogen Genen gemeinsam sein. Die Arbeit trägt programmatischen Charakter und sollte als solche besonders auch von den nicht erbbiologisch orientierten Medizinern beherzigt werden. *H. Hoffmann* (Tübingen).

Carmichael, Leonard: Heredity and environment: Are they antithetical? (Erblichkeit und Umwelt: Sind sie einander entgegengesetzt?) Journ. of abnorm. a. soc. psychol. Bd. 20, Nr. 3, S. 245—260. 1925.

Es handelt sich um eine Art von Sammelreferat oder vielmehr von Sammelpolemik gegen Thorndike, Woodworth, Bernard und andere Autoren, die über angeborene bzw. erbliche seelische Anlagen geschrieben haben. „Dem Verf. scheint es Tatsache zu sein, daß zwischen dem, was angeboren und dem, was erworben ist, im Verhalten des Individuums zu keinem Zeitpunkt, nachdem das befruchtete Ei einmal seine Entwickelung begonnen hat, billigerweise eine Unterscheidung getroffen werden kann. Die sog. erblichen Anlagen können nur als Reaktionen auf eine bestimmte Umwelt und ebenso die sog. erworbenen Anlagen nur durch Modifikation einer schon bestehenden Struktur, die letzten Endes freilich eine erbliche Struktur ist, verwirklicht werden." Dieser gewiß nicht neue Gedanke wird in mannigfachen Varianten wiederholt. Die Änderungen des Nervensystems, welche man Wachstum nennt, sind nach des Verf. Ansicht „derselbe Prozeß wie die Nervenänderung, die wir Lernen nennen", was wohl eine unzweckmäßige Erweiterung des Begriffs des „Lernens" ist. *Lenz* (München).

Hauptmann, M.: Über das Normale in der Medizin. Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 51, S. 2457—2462. 1925.

Die von Rautmann in seinen eingehenden Untersuchungen über die Norm gefundenen Zahlen werden vom Verf. in einem handlichen graphischen Verfahren dargestellt und dabei gezeigt, wie man so ohne alle mathematischen Hilfsmittel zu den gleichen Normwerten gelangt. Berücksichtigt sind Körpergröße, Körpergewicht, Brustumfang, Respirationsweite, Herzgröße, Pulszahl und Blutdruck. Als Norm wird angesprochen, was bei den Gesunden in der Regel vorkommt. Das von der Norm Abweichende kann damit nicht gleich als krankhaft gesetzt werden. Die Grenze des Krankhaften wird durch Erweiterung des Gebietes des Normalen auf das Dreifache gefunden, was gut mit Rautmanns unteren bzw. oberen Grenzwerten übereinstimmt, die so gewählt sind, daß sie nach dem Gaußschen Gesetz 99,9% aller Befunde einschließen. Für das Nähere muß auf das Original verwiesen werden, dessen graphische Darstellungen das wesentliche Ergebnis der Arbeit sind. *Reiss* (Dresden).

Ley, M. A.: Normaux et anormaux. Contribution à l'étude de la dégénérescence dans ses rapports avec l'hérédité et avec le milieu. (Normale und Anomale. Beitrag zum

Digitized by Google

Studium der Degeneration in ihren Beziehungen zur Heredität und zum Milieu.) Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique Bd. 5, Nr. 2, S. 51—52. 1925.

Um die Rolle der Heredität und des Milieus bei der psychischen und moralischen Entwicklung des Individuums festzustellen, untersuchte Verf. vergleichend eine Gruppe von „normalen" (100 ♂, 50 ♀) und eine Gruppe von ebensoviel „anormalen" Kindern. In dem vorliegenden Bericht über diese Arbeit wird hervorgehoben, daß Verf. u. a. Alkoholismus der Väter der normalen in 12%, der anormalen Kinder in 50%, kindliche Eklampsie bei Normalen in 3%, bei den Anormalen in 75%, Bettnässen bei ersteren in 2%, bei letzteren in 23%; gute Wohnungsverhältnisse bei 137 von den ersteren und bei 54 der letzteren, sehr schlechte bei 2 Normalen und 31 Anormalen fand. Verf. kommt zum Schluß, daß sich die Einflüsse der Heredität und des Milieus kombinieren, ohne daß es ihm, wie in dem Bericht hervorgehoben wird, gelungen ist, die Aufgabe, die er sich anfänglich stellte, zu lösen. *W. Runge* (Kiel).

Pieraccini, Carlo: Di alcuni elementi di fatto, tratti da pazzi consanguinei ospitalizzati, per lo studio delle leggi che regolano la ereditarietà psicopatica. (Über einige aus den Erfahrungen an internierten Irren gewonnenen Tatsachen für das Studium der die psychopathische Heredität regelnden Gesetze.) (*Clin. d. malatt. nerv. e ment. e osp. psichiatr. prov., Firenze.*) Rass. di studi psichiatr. Bd. 14, H. 6, S. 641—688. 1926.

Die auf breiter Basis durchgeführte Untersuchung des Materials, das in 2000 Elternpaaren seinen Ausgang hat, ergab das Bestehen eines biologischen Gesetzes, nach welchem im Umkreis einer Familie für die Zugehörigen eines Geschlechtes sich bezüglich des Beginnes geistiger Abnormitäten eine Homochronie und für die aufeinanderfolgenden Generationen eine Antizipation findet. Dies ist ein für die praktischen Verhältnisse konstantes Verhalten. Auf der Grundlage der Homochronieregel für die Verwandten einer Generation ist die Gefahr des Irrsinns desto geringer, je weiter das betreffende Subjekt in seinem Alter von dem entfernt ist, in welchem die Zeuger von der Geistesstörung befallen worden waren. Auf der Grundlage des Antizipationsgesetzes gilt für die Verwandten verschiedener Generationen: für den Enkel eines irren Großvaters ist die größte Gefahr desselben Schicksals, wenn sein eigenes Alter sich 40 Jahre unter dem Erkrankungsalter des Großvaters befindet, für den Sohn eines kranken Vaters oder einer kranken Mutter, wenn sein Alter 25 Jahre tiefer ist als das der kranken Eltern. Die Gefahren verringern sich mit der Annäherung des Alters an das Erkrankungsalter der Vorfahren. *Neurath* (Wien).

Reichel, Heinrich: Familien- und Erbforschung am Beispiele von Goethes Blutsverwandtschaft. (*Hyg. Inst., Univ. Wien.*) Wien. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 43, S. 2384—2392 u. Nr. 50, S. 2757—2767. 1925.

An dem Beispiel der (auf konzentrischen Ringflächen dargestellten) Ahnentafel Goethes wird die Bedeutung familiengeschichtlicher Forschungen erläutert. Da der Mensch 12 erbliche Anlagenpaare besitzt, ist für jeden historischen Ahnen schon von der 5. Generation aufwärts die Wahrscheinlichkeit, daß er auch Ahne im biologischen Sinne, d. h. Spender wenigstens einer Einheit des Probanden sei, gering und daher vorläufig auch das Interesse an diesen weiter zurückliegenden Gliedern gemindert. Die rein männliche und die rein weibliche Linie könnten allerdings vermehrtes Interesse gewinnen, erstere deshalb, weil eine Art von Erbeinheiten immer nur in der ununterbrochenen Folge des heterozygoten (männlichen) Geschlechtes weitergegeben wird, letztere deshalb, weil für „gewisse allgemeine Zustandsverfassungen oder Stimmungen" vielleicht auch der Zelleib Bedeutung im Erbgang besitzt. Auch für die Sippschafts- und die Nachkommentafel wird eine übersichtliche Darstellungsweise an dem Beispiel der gleichen Familie in Vorschlag gebracht. Das aus diesen Darlegungen abgeleitete Ergebnis ist im wesentlichen folgendes: Goethes Genie stellt keinen Ausfluß einer Erbanlage für sich vor, sondern beruht auf dem integralen Zusammenwirken der durch glückliche Fügung zusammengetroffenen Gene; das Genie ist also erblich bedingt, aber als solches nicht erblich. *Pfaundler* (München).°°

Digitized by Google

Anstaltswesen, Statistik, Allgemeines.

Dedichen, Henrik A. Th.: Kulturhistorisches aus Norwegen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 84, S. 94—100. 1926.

Die Entwicklung der Irrenpflege in Norwegen, lange infolge der geographischen und politischen Verhältnisse behindert, wird kurz geschildert. Im Jahre 1825 bestand Unterbringungsmöglichkeit für 52 Geisteskranke in Krankenhausadnexen, 1846 standen 143 Betten zur Verfügung, jetzt ca. $4^1/_2$ Tausend, doch wird damit gerechnet, daß die Zahl der wirklich erforderlichen Plätze doppelt so groß ist. Das geltende Irrengesetz Norwegens stammt noch aus dem Jahre 1848 und führt infolge von Sicherungsmaßregeln (Meldungen an die Behörden, Einleitung von Entmündigung usw.) nur dazu, daß Aufnahmen zum Schaden der Kranken hinausgezögert werden. Ein Vorschlag zur Änderung dieses Gesetzes, der schon vor Jahren vom Verf. gemacht wurde, hat infolge des Gespenstes der unberechtigten Einsperrung ins Irrenhaus keine Annahme gefunden. *Geelvink* (Frankfurt a. M.)

Schuurmans Stekhoven, J. H.: Sozial-psychiatrische Chronik. VII. Geneesk. gids Jg. 3, H. 51, S. 1218—1223. 1925. (Holländisch.)

Eine Chronik, in gewissem Sinne ein Referat, ist selbstverständlich nicht in Details zu referieren. Nur einiges sei hier angedeutet: Schuurmans Stekhoven beschäftigt sich hauptsächlich mit der familialen Verpflegung Geisteskranker, für welche in letzten Jahren sich schnell entwickelnde Pflegungsweise in Holland ein steigendes Interesse zu beobachten ist, unter Führung der Antonia Wilhelmina- (van Deventer-) Stiftung, die den Namen der Gemahlin des verstorbenen trefflichen holländischen Psychiaters van Deventer trägt. Ziel dieser Stiftung ist, die Familienpflege der Geisteskranken im weitesten Sinne zu fordern. Es folgen Mitteilungen über die im September 1922 gestiftete Kolonie „Beileroord" in Beilen, ein holländisches „Gheel", deren energischer Leiter Westerterp Entwickelung und Perspektiven dieser Kolonie skizzierte in einer Konferenz mit dem Vorstand der Antonia Wilhelmina-Stiftung in Utrecht. Es ergibt sich, daß schon jetzt sehr gute Erfolge zu verzeichnen sind. Die Kolonie dient jetzt als Übergangsstätte zu der vollen Freiheit und für dauernde Irrenversorgung. Die schönsten Resultate wurden gezeitigt mit Patienten, die zuvor in Klinik oder Anstalt Verpflegung gefunden hatten. Eine gute „Nachkontrolle" kann die Erfolge noch bedeutend fördern. Gerade chronische Dementia praecox-Fälle zeigten bedeutende Besserung. Das Benehmen der örtlichen Behörden und der Bevölkerung war in höchstem Maße befriedigend. *H. C. Rümke* (Amsterdam).

Groß, Adolf: Der Umbau einer Zellenabteilung. Betrachtungen zur praktischen Anstaltspsychiatrie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 84, S. 183—204. 1926.

Bericht über den Umbau einer Zellenabteilung in Wachsäle und über den günstigen Einfluß der Behandlung der bisher zum Teil „jahrelang isolierten" Kranken durch Bettruhe und Beschäftigung. Man wundert sich nur, daß derartige Aufgaben heute noch in einer deutschen Anstalt gestellt werden konnten. *Geelvink* (Frankfurt a. M.).

Roemer, Hans: Die soziale Bedeutung der offenen Fürsorge für Geisteskranke und Psychopathen. Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 52, S. 2505—2507. 1925.

Ein Blick auf die Geschichte der Irrenfürsorge läßt das Bestreben erkennen, die Behandlung und Verpflegungsform der Geisteskranken immer freiheitlicher zu gestalten: Beseitigung der chronischen Isolierung und der dauernden Untätigkeit der Geisteskranken, Einrichtung offener Abteilungen und landwirtschaftlicher Kolonien, Familienpflege. Die planmäßige offene Geisteskrankenfürsorge ist in Deutschland 1907 von Kolb in immer zunehmender Ausdehnung und mit besten Erfolgen eingeführt worden, nachdem Bleuler die Frühentlassung der Schizophrenen wissenschaftlich begründet und empfohlen hatte. Die offene Geisteskrankenfürsorge arbeitet im Zusammenhang mit der Klinik und der Anstalt. In Baden wurde ein Versuch mit dieser neuesten Methode der Irrenfürsorge zunächst von der Heil- und Pfleganstalt Wiesloch unternommen. Von hier aus fährt der Fürsorgearzt zu den meist in der Stadt Mannheim befindlichen Kranken, eine Fürsorgeschwester ist von der Anstalt aus nach Mannheim detachiert und hat ihre Wohnung in der 1922 eröffneten Fürsorgestelle für Nerven- und Gemütskranke. Die geeigneten Patienten werden zunächst beurlaubt und, sofern es der Zustand erlaubt, nach 6 Monaten entlassen, ohne daß dann die Fürsorge auf-

Digitized by Google

zuhören braucht. Die Wiedereingliederung auch der keineswegs geheilten, sondern klinisch höchstens gebesserten Fälle gelingt in überraschendem Umfang. Tatsächlich wurden die Fürsorgepfleglinge von den Fürsorgeorganen in allen persönlichen Anliegen betreut, namentlich auch durch Beschaffung von Arbeit, Wohnung und Unterstützung. Ein enges Zusammenarbeiten mit dem Apparat der städtischen Fürsorgeeinrichtungen (Fürsorge-, Wohnungs-, Arbeits- und Jugendamt) findet statt. Mit den verwandten sozialhygienischen Einrichtungen für Trinker, Psychopathen, Gefährdete, Kriegsbeschädigte sowie der übrigen Gesundheitsfürsorge wurden die besten Beziehungen unterhalten und von Anfang an auf ein enges Zusammenarbeiten mit den Ärzten der größte Wert gelegt. Im Oktober 1923 befanden sich 171, im Oktober 1924 317 und am 1. XII. 1925 460 psychisch Kranke in Pflege der Mannheimer Fürsorgestelle, für die die Stadt Räume zur Verfügung gestellt hat. Die Fürsorgestelle ist, organisatorisch betrachtet, eine Außenstation der Anstalt Wiesloch. — Sowohl von der Anstalt in Wiesloch als von Konstanz aus wurde die offene Fürsorge auch in ländlichen Bezirken eingerichtet. Die Besuche der probeweise Beurlaubten wurden durch den Fürsorgearzt in Gemeinschaft mit einer erfahrenen Pflegerin und einem Pfleger unter Benutzung des Anstaltskraftwagens ausgeführt. Auch die zuständigen Fürsorgerinnen der Kreise wurden zu Besuchen veranlaßt. Weder bei den Kranken noch bei den Angehörigen stieß man jemals auf ernstliche Schwierigkeiten. Nach alledem stellt die mit den psychiatrischen Fachinstituten zusammenarbeitende offene Geisteskrankenfürsorge einen bedeutsamen Fortschritt dar: Die Anstaltsbehandlung wird teils erspart, teils abgekürzt, nötigenfalls wird aber für rechtzeitige Anstaltsunterbringung gesorgt. Die privatwirtschaftlichen Belange werden geschont, der öffentliche Aufwand für die Anstaltsbetriebe verringert und der Ausfall an produktiver Leistung vermindert. *G. Ilberg.*

Vervaeck: Le patronage des malades et anormaux mentaux. (Die Fürsorgetätigkeit an Geisteskranken und Psychopathen.) Journ. de neurol. et de psychiatr. Jg. **25**, Nr. 9, S. 574—588. 1925.

Die Arbeit gibt einen Überblick über die ganze Frage; ihr Ziel sind Vorschläge für einen umfassenden Ausbau der Fürsorge in Belgien. Zunächst spricht sich Verf. dafür aus, statt des ominösen Wortes „aliénés" den Ausdruck „malades mentaux" einzuführen. Er schildert dann die geschichtliche Entwicklung der Hilfsvereine und Fürsorgestellen, wobei er die Einrichtungen in der Schweiz und in Amerika besonders hervorhebt und die Ergebnisse der internationalen Kongresse von Antwerpen (1894, 1898 und 1911) eingehend bespricht. Die Fürsorge soll eine private, aber öffentlich unterstützte Einrichtung sein, die Fürsorge für Geisteskranke soll ein Gebiet für sich sein, aber mit anderen Fürsorgezweigen zusammenarbeiten, sie soll sich auf alle Geisteskranken erstrecken, nicht nur auf ehemalige Anstaltspfleglinge. Die Aufgaben der Fürsorge werden dann in soziale (Propaganda, Beratungsstellen, Vorschläge für Gesetze und Verwaltungsmaßnahmen) und individuelle eingeteilt, letztere spielen sich vor, während und nach der Anstaltspflege ab. Für uns ist vor allem neu, daß der Helfer auch in der Anstalt den Kranken aufsuchen, ihn mit Rat und Tat unterstützen und bei ihm selbst und seinen Angehörigen im Sinne der Ärzte wirken soll; die beurlaubten Kranken soll er kontrollieren. *Müller* (Dösen).

Gesellschaftsbericht.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 8. II. 1926.

Offizielles Protokoll. Berichterstatter: **K. Löwenstein** (Berlin).

Stier: Beinlähmung nach Starkstromverletzung. Berlin. Ges. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh., Sitzg. v. 8. II. 1926.

Vortr. stellt eine jetzt 45jährige Frau eines Akademikers vor, die nach ihren, nach jeder Richtung glaubhaften Berichten bis zum fraglichen Unfallstage stets gesund gewesen ist, ins-

Digitized by Google

besondere keinerlei Störung der Bewegung oder des Gefühls an den Beinen gemerkt hatte. Der fragliche Unfall trug sich nach Schilderung der Patientin und den Akten der Straßenbahn am 5. I. 1925 in folgender Weise zu: Durch einen Zusammenstoß war ein Straßenbahnmast umgerissen worden, so daß die oberen Leitungsdrähte auf die Straße gefallen waren. Als der Wagen, in dem Frau A. saß, an die Unfallstelle herankam, standen dort schon viele Menschen in Erregung herum, einige Beamte der Straßenbahn versuchten mit dicken Handschuhen die Drähte von den Geleisen herunterzureißen; es gelang ihnen aber nur unvollständig. Es knallte dabei vielfach, und es schlugen auch Flammen heraus. Frau A., die auf dem Vorderperron stand, war dadurch sehr verängstigt und stieg rasch vom Wagen herunter; sie fühlte aber bei dem Auftreten auf den Boden plötzlich einen eigenartigen Schlag in der rechten Gesichts- und Brusthälfte. Sie hielt sich, ihrer Schilderung nach, in ihrer Erregung mit der einen Hand am Wagen fest, ging dann am Vorderende des Wagens vorüber über die Geleise, blieb dann aber, als es plötzlich irgendwo sehr laut knallte, angstvoll stehen und lief dann wieder zurück über die Geleise auf den Bürgersteig. Während des Umdrehens fühlte sie plötzlich eine Art Schlag durch beide Beine mit dem Gefühl fast völliger Lähmung. Als sie auf dem Bürgersteig stand, ließ das Lähmungsgefühl rechts rasch nach, im linken Bein aber blieb eine eigenartige Schwere und ein Taubheitsgefühl, das besonders beim Reiben des Beines mit den Händen deutlich wurde. Erst in der Unterhaltung mit einem Herrn, der ihr helfen wollte, wurde ihr klar, daß sie durch Strom verletzt sei. Sie fuhr dann mit ihrer Begleitung mit einer anderen Bahn nach Haus, suchte aber vorher schon den ihr gut bekannten Direktor eines Krankenhauses auf, an dem sie vorbeifuhr. Dieser, fand bei der Untersuchung keinerlei Zeichen von Verbrennung, weder an der Kleidung noch an der Haut, aber eine motorische und sensible Lähmung des linken Unterschenkels. In den ersten Wochen litt Frau A. auch unter gehäuftem und oft sehr plötzlich auftretendem Harndrang. Die Lähmung im Bein besserte sich dauernd, aber langsam. Schon im Februar und auch im März wurde von verschiedenen Ärzten Verlust des linken Achillesreflexes festgestellt. Befund am 8. II. 1926, 13 Monate nach dem Unfall: Dem Alter entsprechendes Aussehen, guter Ernährungszustand. An den inneren Organen nichts Krankhaftes von Belang. Hirnnerven frei, Lichtreaktion prompt und ausgiebig. An beiden Armen, am Rumpf und am rechten Bein keinerlei krankhafte Veränderungen. Knierefleze mittelstark und ohne verwertbare Differenz. Achillesreflex rechts mittelstark, links nicht auszulösen. Fußsohlenreflex beiderseits neutral bis plantar. Umfang der Wade rechts 36, links 34, des Oberschenkels, 15 cm oberhalb der Kniescheibe, rechts 48, links 47 cm. Muskulatur am Oberschenkel etwas, am Unterschenkel deutlich schlaff. Die Kraft der Muskulatur im Hüft- und Kniegelenk etwas, am Fußgelenk stark herabgesetzt. Hypotonie im Fußgelenk. Der ganze linke Fuß und untere Teil des Unterschenkels fühlt sich rechts kalt an, ohne sichtbare Veränderung der Hautfarbe. Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit sind am Fuß aufgehoben, desgleichen im unteren Drittel des Unterschenkels, ohne scharfe Grenze; an der Außenseite reicht die Störung weiter hinauf als an der Innenseite des Unterschenkels. Lagegefühl intakt. Beim Gehen etwas Andeutung von Steppergang, dabei deutliches Herabhängen des äußeren Fußrandes. Faradisch ist die Erregbarkeit nirgends aufgehoben, aber in allen Muskeln des linken Fußes und Unterschenkels sehr deutlich, am Oberschenkel etwas herabgesetzt. Bei galvanischer Untersuchung finden sich sichere träge Zuckungen im Extensor digit. brev., im Abduct. hall., im Flex. dig. und im Tibialis ant. In den übrigen Muskeln ist die Zuckung entweder ganz oder fast ganz prompt. Im Hinblick auf die völlige Glaubwürdigkeit der Frau A. selbst und die Glaubwürdigkeit der vernommenen Zeugen kann also als erwiesen gelten, daß die jetzt nachweisbare Schädigung im unteren Lendenmark plötzlich und gleichzeitig mit einem Hindurchtreten von elektrischem Starkstrom aufgetreten ist, so daß an dem Causalnexus wohl nicht gezweifelt werden kann, trotz des Mangels aller Zeichen von Verbrennung der Kleidung oder der Haut. Welche Veränderungen wir als Grundlage für diese Läsion annehmen müssen, bleibt unklar. Nach den Erfahrungen von Jellinek, dessen Beschreibungen von Rückenmarksläsionen durch Starkstrom allerdings nicht voll beweisend sind, würde man die Prognose auch in diesem Falle relativ gut stellen können, doch ist der Fortschritt der Besserung jetzt, ein Jahr nach der Läsion, noch immer recht gering. Die Entschädigungspflicht für die Straßenbahn wurde in vollem Umfang bejaht. — Aussprache: Schuster: Warum schließt Herr Stier in seinem Fall das Bestehen einer Neuritis aus? Die Atrophien, die im wesentlichen auf das Peroneal- und Tibialisgebiet beschränkten Sensibilitätsstörungen und die partielle EaR lassen doch zum mindesten an eine Neuritis ebenso sehr denken wie an eine spinale Affektion. — Stier (Schlußwort): Die Sensibilitätsstörung trug keinen peripheren Charakter, auch Druckempfindlichkeit der Nervenstämme war nicht vorhanden.

Albrecht: Demonstration eines linksseitigen Hirntumors mit rechtsseitiger motorischer und sensibler Hemiplegie mit Muskelatrophie und EaR.

Martha Sch., 43jährige Frau, bei der im März 1925 zunächst einige Ohnmachtsanfälle aufgetreten waren und sich in den folgenden Monaten unter zunehmenden Kopfschmerzen eine Sprachstörung im Sinne einer amnestischen Aphasie entwickelt hatte. Anfang Juni zunehmende Somnolenz, bei der Aufnahme in die Nervenklinik der Charité (6. VI. 1925) hoch-

Digitized by Google

gradig benommen, kaum zu einer Reaktion zu bringen, die wenigen sprachlichen Äußerungen total paraphasisch. Beiderseitig Stauungspapille, beiderseits Babinski, keine Lähmungserscheinungen außer einer leichten rechtsseitigen Facialisparese und leichter rechtsseitiger Steigerung der Patellarreflexe. In den ersten Tagen zunehmend etwas lucider, sensorische Aphasie. Durch Hirnpunktion Gliom im linken Schläfenlappen festgestellt. Wegen der schweren Erscheinungen des allgemeinen Hirndruckes Entlastungstrepanation über dem linken Schläfenlappen; Prolaps, an der freigelegten Rinde makroskopisch nichts Pathologisches, doch erwies sich ein oberflächlich excidiertes Stückchen als Gliom. Röntgenbestrahlung. Im Verlauf eines Monates weitgehende Besserung, Stauungspapille zurückgegangen, Babinski nicht mehr vorhanden. Aus der sensorischen entwickelte sich wieder eine amnestische Aphasie. Anfang Juli wurde Patientin mit einem mäßigen Prolaps als so weit gebessert entlassen, daß sie in ein Bad fahren konnte, wo sich die Sprachstörung nach Angabe des Mannes noch weitgehend besserte. Im Oktober 1925 wieder Zunahme der Kopfschmerzen und der Sprachstörung, nochmalige Klinikaufnahme und Röntgenbestrahlung im November 1925 ohne wesentlichen Erfolg. Seit Dezember wieder zu Hause. Dort am 31. XII. 1925 plötzlich Bewußtlosigkeit und rechtsseitige Hemiplegie. Die Bewußtlosigkeit besserte sich bis zur 3. Aufnahme in die Klinik am 2. II. 1926 nur so weit, daß man jetzt von starker Benommenheit sprechen kann. Sehr starker Prolaps, amaurotisch, in Atrophie übergehende Stauungspapille, kaum sprachliche Äußerungen. Auf der linken Körperhälfte werden Nadelstiche schmerzhaft empfunden und abgewehrt, rechts kaum oder gar nicht. Vollständige rechtsseitige Lähmung ohne Spasmen, rechter Arm und rechtes Bein hypotonisch, die Muskulatur an diesen Extremitäten atrophisch und völlig schlaff, hängt der Schwere nach herab, fließt auf der Unterlage auseinander, Atrophie sämtlicher kleinen Hand- und Fußmuskeln. Auch der rechte Pectoralis deutlich atrophisch. Haut der rechten Extremitäten trocken, stark schilfernd, während sie links glatt ist. Gelenke frei beweglich, nur bei passiven Bewegungen des Schulter- und Hüftgelenkes Schmerzäußerung. Die Reflexe am rechten Arm fehlen, links vorhanden. Bauchdeckenreflex beiderseits nicht auslösbar, Patellar- und Achillesreflex rechts wesentlich schwächer als links, Babinski rechts angedeutet. Soweit zu prüfen nur leichte rechtsseitige Facialisparese. Bei der elektrischen Untersuchung ergibt sich für faradische Reizung die Muskulatur der ganzen rechten Körperhälfte stark herabgesetzt, galvanisch in sämtlichen rechtsseitigen Extremitätenmuskeln träge Zuckung, bei Reizung vom Nerven aus schnell; dabei ist die Anodenschließungszuckung der Kathodenschließungszuckung angenähert (partielle EaR). Elektrischer Befund an der Muskulatur der linken Körperhälfte o. B. Es besteht also im trophischen und elektrischen Verhalten der hemiplegisch gelähmten rechtsseitigen Muskulatur eine völlige Übereinstimmung mit dem peripheren Lähmungstyp. Den Einwand, daß es sich hier tatsächlich um periphere Lähmungen handeln könne, haben wir uns natürlich selbst gemacht und zunächst an Frakturen am Oberarm und Oberschenkel gedacht, wofür aber die chirurgische und röntgenologische Untersuchung keinen Anhaltspunkt ergeben hat. In Frage käme eigentlich nur eine halbseitige Polyneuritis, die aber dadurch noch besonders unwahrscheinlich wird, daß die sensible Schädigung auch auf Rumpf und Kopf übergeht. Die Verteilung der Lähmung, motorische und sensible Lähmung auf derselben Seite sprechen durchaus für cerebralen Sitz und wären durch Blutung in den linksseitigen Tumor wohl erklärt. Dies ist der zweite derartige Fall, der an der Klinik im Verlaufe von $^3/_4$ Jahren beobachtet werden konnte. Über den ersten, der zum Exitus kam, soll in der nächsten Tagung der Gesellschaft berichtet und der anatomische Befund demonstriert werden.

Siegheim, Friedrich: Über Hyperventilationsphänomene.

Vortr. berichtet, ausgehend von den Arbeiten von O. Foerster, Freudenberg usw., über gemeinsam mit F. Behrend (I. Med. Klinik) beobachtete Hyperventilationsphänomene (H.V.). Es werden Gesunde, Tetanische und Epileptiker hyperventiliert; bei eben eintretenden Parästhesien wurde 0,005—0,0075 mg Adrenalin intravenös verabfolgt. Normalerweise geht die H.V. mit einer leichten Blutdrucksenkung einher. Auf die oben erwähnte Adrenalindosis verläuft beim Nichtventilierten die Blutdruckkurve in zwei Phasen: mit einer anfänglichen Drucksteigerung, der eine Senkung folgt (H. Zondek und Mitarbeiter). Bei H.V. und gleichzeitiger Adrenalininjektion ließ sich von den Verff. nachweisen, daß die Phase I nur gering angedeutet erscheint oder völlig ausfällt, während die nachfolgende Senkung beträchtlich vertieft ist. Diese Variabilität der Adrenalinwirkung scheint abhängig vom vegetativen Nervensystem wie vom physikochemischen Milieu der Zellen des Erfolgsorgans. Die H.V. übt nach Ansicht der Verff. einen umstimmenden Einfluß auf die kolloidchemische Struktur der Gewebe aus, vielleicht in der Richtung der Alkalose. Klinisch wird nach H.V. und intravenöser Adrenalininjektion ein beschleunigtes, manchmal schlagartig erfolgendes Einsetzen des vollen tetanischen Syndroms beobachtet; dies besonders bei vegetativ labilen Individuen. Bei Epileptikern erfolgt als Zeichen der durch die H.V. aktivierten Krampfbereitschaft in manchen Fällen rascher Übergang der tetanischen Erscheinungen in einem Zustand von Bewußtseinsstörung mit eigenartigen Streckphänomenen vom „striären" Typus, schließlich Bewußtlosigkeit mit klonischen Zuckungen. Genaue Analyse dieses Anfallstypus steht noch aus. Auf Grund dieser

Digitized by Google

Versuche ziehen Verff. neben corticalen auch subcorticale und periphere Ursachen für die Genese des epileptischen Anfalls heran. Blutchemische Ergebnisse sollen an anderer Stelle berichtet werden. — Aussprache: Pinéas: Das Neue an den Versuchen des Herrn Vortragenden ist offenbar die Kombination zweier Verfahren (Hyperventilation bzw. Adrenalininjektion), die man früher schon jedes für sich zur Erzeugung epileptiformer Anfälle benutzt hat. In diesem Zusammenhang sei auf eine frühere Publikation von mir (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **80**, 587. 1922, vgl. a. dies. Zentrlbl. **30**, 121) verwiesen; dort gelang es, bei einem in unregelmäßigen Zwischenräumen krampfenden Hemiplegiker stets, durch Subcutaninjektion von $^3/_4$ mg Suprareninlösung mit aller Sicherheit innerhalb der nächsten 24 Stunden einen Krampfanfall zu provozieren. Ich erwähne dies besonders im Hinblick darauf, daß G. C. Bolten (Über Genese und Behandlung der exsudativen Paroxysmen, vgl. dies. Zentrlbl. **42**, 534) neuerlich die Erzeugungsmöglichkeit epileptiformer Anfälle durch Adrenalininjektionen bestreitet. — Siegheim (Schlußwort): Bei subcutaner Adrenalininjektion ist im Gegensatz zur Anschauung des Vortr. der Effekt wegen der Unregelmäßigkeit der Resorption ganz unbestimmt.

Jossmann: Über Modifikationen im psychischen Zustandsbilde durch Malariabehandlung.

Analog den bereits vorliegenden Mitteilungen in der Literatur wurden bei der Malariabehandlung der progressiven Paralyse Abweichungen von den üblichen psychischen Zustandsbildern, sowie interkurrent auftretende psychotische Zustände nicht paralytischer Natur in der Nervenklinik der Charité beobachtet. Im allgemeinen traten bei etwa 10—12% der malariabehandelten Paralytiker derartige Modifikationen auf. Es handelte sich entweder um synchron mit den Fieberzacken auftretende Störungen oder um kurz nach Beginn der Behandlung einsetzende und nach Abschluß der Behandlung noch einige Zeit andauernde psychotische Zustände oder schließlich um solche, die sich erst im Anschluß an die Behandlung entwickelten und Wochen bzw. Monate anhielten. Psychopathologisch handelt es sich um delirante Zustandsbilder, halluzinatorische Erlebnisformen, und zwar vorwiegend der akustischen Sphäre, paranoide Gedankenentwickelungen, amentiaähnliche Episoden. Das klinische Bild wich im wesentlichen nicht von den bekannten Formen der symptomatischen Psychosen bzw. exogenen Reaktionstypen ab, insbesondere nicht von den die gewöhnliche Malaria begleitenden Psychosen. Eine Bestätigung dafür, daß derartige Modifikationen des paralytischen Zustandsbildes, besonders aber die paranoiden Entwickelungen, eine Etappe auf dem Wege zur Remission bezeichnen, wie dies Gerstmann annimmt, hat sich durch die bisherigen Beobachtungen nicht finden lassen; dagegen ist bei einer ganzen Anzahl derartiger Entwickelungen eine progrediente Verschlechterung festgestellt worden.

Pinéas: Zwangsgreifen und Nachgreifen (Schuster) und ihre Beziehungen zu verwandten Bewegungsstörungen.

Vortr. berichtet, unterstützt durch Projektionsvorführungen von Film-, Tabellen- und Diapositivmaterial sowie Krankenvorstellung über weitere Erfahrungen mit den vor 3 Jahren von Schuster als posthemiplegische Bewegungsstörungen" beschriebenen Phänomenen des Zwangs- und Nachgreifens (vgl. dies. Zentrlbl. **34**, 117). Das damals aufgestellte Syndrom: Zwangs- und Nachgreifen der eupraktisch-paretischen rechten, Apraxie der gesunden linken Hand stellt nur einen (allerdings ziemlich häufigen) Grenzfall dar. Zwangs- und Nachgreifen kommt auch ohne Apraxie und ohne Hemiplegie vor, oft in Verbindung mit hyper- und akinetischen Motilitätsstörungen, unter denen das als Wiederauftauchen des „oralen Einstellautomatismus des Säuglings" (Gamper und Untersteiner) beim Erwachsenen aufgefaßte „Ansaugen" eine besondere Rolle zu spielen scheint. Die Vermutung, daß Zwangs- und Nachgreifen Ausdruck einer Schädigung extrapyramidaler Bahnen seien, wird durch eine Reihe autoptischer Befunde gestützt, die sämtlich Läsionen der Stammganglien, außerdem auch besonders häufig der Stirnhirngegend aufweisen. In den klinisch Apraxie zeigenden Fällen war stets der Balken schwer betroffen. In der Literatur zahlreiche ähnliche Befunde. Im 2. Teil des Vortrags werden die früheren Beobachtungen über das zwangsmäßige Nachgreifen durch neue ergänzt, und es wird eine „Staffelung" von mehr neurologisch zu überwiegend psychisch getönten Phänomenen zu geben versucht. (Ausführlich erschienen, mit Schuster zusammen, in der Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **91**, 16. 1926.) — Aussprache: Bonhoeffer fragt, ob bei den demonstrierten Kranken der harte Gaumenreflex vorhanden war. — Schuster: Zu der Frage des Herrn Bonhoeffer gestatte ich mir zu bemerken, daß der von Henneberg, Oppenheim u. a. beschriebene Reflex des harten Gaumens bei unseren Fällen ebenso fehlte wie der häufig bei alten Leuten und bei Benommenen vorhandene Saugreflex. Der von uns als „Ansaugen" beschriebene Reflex, der im wesentlichen die erste Stufe des von Gamper beschriebenen „oralen Einstellreflexes" darstellt, ist ein in der Regel nur einseitig (auf der Seite des Zwangsgreifens) erhältlicher Reflex, der sich deutlich als sensibel ausgelöste Adversivbewegung darstellt. Er ist mit dem Saugreflex nicht identisch. (Zum Teil nach Eigenberichten.)

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis.

Referate.

ormale und pathologische Anatomie 609
ormale und pathologische Physiologie 616
sychologie und allgemeine Psychopathologie 632
llgemeine neurologische Diagnostik und Symptomatologie 645
llgemeine psychiatrische Diagnostik und Symptomatologie 651
herapie 659
pezielle Neurologie:
Meningen 661
Körperflüssigkeiten 663
Großhirn:
Encephalitis 666
Hirngeschwulst, Hirnabsceß 674
Kleinhirn, Vestibularapparat, hereditäre familiäre Ataxien 679
Bulbäre Erkrankungen, Myasthenie . . . 682
Rückenmark und Wirbelsäule:
Multiple Sklerose, Syringomyelie 684
Tabes 687
Periphere Nerven:
Neuralgie, Kopfschmerz 688
Sympathisches System und Vagus . . . 692
Stoffwechsel und endokrine Drüsen:
Allgemeines über innere Sekretion 694
Hypophyse, Epiphyse, Diabetes insipidus . 694
Schilddrüse 696
Genitalorgane 698
Syphilis 699
Vergiftungen, Infektionen 701
Traumatische Nervenerkrankungen, Kriegsverletzungen 704
Spezielle Psychiatrie:
Epilepsie, Kinderkrämpfe 707
Idiotie und Imbezillität, tuberöse Sklerose 710
Progressive Paralyse, syphilitische Geistesstörungen, Trypanosomenkrankheiten . 713
Schizophrenie 715
Psychosen bei Allgemeinerkrankungen. Infektions- und Intoxikationspsychosen, Alkoholfrage 719
Paranoia. Querulantenwahnsinn 723
Degenerative psychopathische Zustände, Pathographien 724
Psychogene Psychosen, Hysterie, Kriegsneurosen 725
Forensische Psychiatrie 726
Das Konstitutionsproblem, Erblichkeits- und Rassenforschung . . . 728
Anstaltswesen, Statistik, Allgemeines 732

Gesellschaftsbericht.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 733

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9

Soeben erschien:

Über das morphologische Wesen und die Histopathologie der hereditär-systematischen Nervenkrankheiten

Von

Dr. Karl Schaffer

o. ö. Professor der Psychiatrie und Neurologie an der Universität Budapest

260 Seiten mit 135 Abbildungen. RM 24.—

(Bildet Band 46 der Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie, herausgegeben von O. Foerster-Breslau und K. Wilmanns-Heidelberg)

Aus dem Inhalt:

Einleitung. — **Allgemeine Histopathologie der systematischen Heredodegeneration.** — I. Ektodermale Elektivität. A. Akute Degenerationsform. B. Chronische Degenerationsform. — II. Segmentäre Elektivität. — III. Systematische Elektivität. — **Spezielle Histopathologie der systematischen Heredodegeneration.** — A. Spastische oder pyramidale Heredodegeneration. B. Dyskinetische oder extrapyramidale Heredodegeneration. C. Über kongenitalfamiliäre Muskelatrophie spinalen Ursprungs: die amyotropische Heredodegeneration. D. Zerebellare Heredodegeneration. a) Umgrenzung des Stoffes. b) Fälle von endogen-heredofamiliären Kleinhirnerkrankungen. E. Idiotismus. — **Allgemeine Zusammenfassung.**

In dem vorliegenden Buch bietet der Verfasser eine eingehende, durch Illustrationen erläuterte Darstellung seiner Auffassung über das anatomische Wesen der systematischen Heredodegeneration.

Digitized by Google

Sanatorium Liebenstein DDr. Eichler-Seige
(vorm. Dr. Fülles' Sanatorium) Bad Liebenstein (Thür. Wald) / Fernruf Nr. 8
Klinisch geleitetes Sanatorium für innere und Nervenkranke
Kurmittel des kohlensauren Stahlbades Liebenstein (243)
Besitzer und leitende Ärzte:
Dr. Seige, Facharzt für Nervenkrankheiten / Dr. Eichler, Facharzt für innere Krankheiten

Kurhaus Dietenmühle in Wiesbaden
Ärztliche Leitung: **Dr. Friedr. Moerchen.**
Für Nervenkranke, leicht psychisch Kranke, Erholungsbedürftige.
Schönste Lage im Kurpark. Gesamttageskosten von M. 15.— an.

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9

Vor kurzem erschien die dritte, neubearbeitete Auflage:

Lehrbuch der Diathermie

für Ärzte und Studierende

Von

Dr. **Franz Nagelschmidt** in Berlin

383 Seiten mit 190 Textabbildungen. 1926

RM 21.—; gebunden RM 22.50

QUADRONAL

bei fast allen Krankenkassen zugelassen

Rp. Phenyldimethylpyrazolon. Oxyäthylacetanilid. Lactyl-p-Phenetidid. Coffeinum pur.
Packungen: 20×0,5 10×0,5 Spitalpackungen

Höchste Wirksamkeit bei:

Migräne, Anfällen von Gicht, Ischias, rheumatischen Beschwerden, Nervenentzündungen, nervöser Abspannung, Menstruations-Beschwerden, Trigeminus-Beschwerden, Schnupfen, Erkältungskrankheiten und Grippe.

Proben und Literatur kostenlos

Asta-Werke A.-G., Chemische Fabrik Brackwede in Westfalen

Wir sind gleichzeitig Hersteller von **Dr. Kipper's Emulsion,** die von Fachleuten anerkannt wird und die schmackhafteste sein soll, die bisher existiert. Lassen Sie sich Geschmacksprobe und Literatur kommen.

Hierzu zwei Beilagen von den ***Verlagsbuchhandlungen Julius Springer in Berlin und Wien***

Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig

Digitized by Google

BAL.
JUL 30 1926

ZENTRALBLATT FÜR DIE GESAMTE NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE

REFERATENTEIL DER ZEITSCHRIFT FÜR DIE GESAMTE NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE UND FORTSETZUNG DES VON E. MENDEL BEGRÜNDETEN NEUROLOGISCHEN CENTRALBLATTES
REFERATENBLATT DER GESELLSCHAFT DEUTSCHER NERVENÄRZTE
OFFIZIELLES ORGAN DER BERLINER GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND NERVENKRANKHEITEN

REDIGIERT VON

R. HIRSCHFELD, BERLIN — K. MENDEL, BERLIN — W. SPIELMEYER, MÜNCHEN

SCHRIFTLEITUNG: R. HIRSCHFELD, BERLIN W 9, LINKSTR. 23/24

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9

BAND XLIII, HEFT 13/14
S. 737—832

1. JULI
1926

UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Autorenverzeichnis.

(Die Zahlen beziehen sich auf die Seiten.)

Abraham, Karl 827.
Ackermann, S. 806.
Adamantiadis, B. 780.
Adie, W. J. 802.
Adrogué, Esteban 747.
Alajouanine 796.
Anitschkow, N. 747.
Anton, G. 779.
Ariëns Kappers, C. U. 748.
Artom, Mario 802.
Athanasiu, J. 768.
Audan 804.
Aveling, F. 771
Babonneix, L. 814.
Bailly, J. 749, 750.
Bakanova, A. 760.
Balado, Manuel 747.
Baló, József 748.
Bard, L. 759.
Bauer, Julius 814.
Beder, W. 769.
Beer, G. R. de 804.
Benoliel, Sara 788.
Benon, R. 783.
Berberich, J. 787.
Berry, James 804.
—, John M. 778.
Bertoin, R. 800.
Bertrand, Pierre 742.
Bettmann 817.
Binet, M. 815.
Bloch, Giorgio 765.
Bogaert, van 823.
Bok, S. T. 787.
Bolte, Richard 818.
Bordier, H. 795.
Bosch, Gonzalo 820.
Boshamer, Kurt 768.
Brailovskij, W. 776.
Brill, E. 814.
Brogsitter, Ad. M. 765.
Brown, George E. 784.
Bugnion, E. 772.
Busquet 803.

Caeiro, José A. 801.
Cajal, S. R. 742.
Campanari, C. 758.
Carrau, Antonio 815.
Castaldi, Luigi 737, 810.
Chabrol, M. 811.
Chiba, M. 758.
Clark, E. P. 811.
Clute, Heward M. 806.
Cohen, Armand E. 786.
—, Ira 783.
Collip, J. B. 811.
Compayré, Gabriel 774.
Constantinescu, C. D. 787.
Corin, Jos. 798.
Cristea, Julian 787.
D'Ancona, Umberto 744.
Davidson, Anstruther 802.
Delherm 795.
De Lorenzi, F. 812.
Dennig, Helmut 766.
De Toni, Giovanni 789.
Deuticke, H. J. 755.
Divry 783.
Dohme, B. 780.
Doyon, M. 764.
Draper, George 829.
Dreyfuß, Wilh. 765.
Ducceschi, V. 758.
Dujarric de la Rivière, R. 785.
Dye, Joseph A. 807.
Ebaugh, Franklin G. 823.
Eckel, John L. 813.
Economo, C. v. 742.
Eldridge, Seba 771.
Elliott, George R. 798.
Embden, G. 755.
Enyedy, Z. 759.
Esquier 803.
Estapé, José Maria 798,
Etchepare, Bernardo 821.
Fawcett, Edward 811.
Feldmann, P. 800.

Ferree, C. E. 780.
Ferretti, Corrado 786.
Fisher, N. F. 811.
Ford, F. R. 817.
Fornara, Piero 802, 820.
Frawley, John M. 796.
Frazier, Charles H. 741.
Frets, G. P. 822.
Fröhlich, Karl 773.
Fuchs, Alfred 800, 816.
Fürst, Th. 831.
Fulton, John F. 755.
Gabbe, E. 748.
Galant, Johann Susmann 782.
Gaupp, Robert 774, 832.
Gelmann, J. 758.
Genoese, G. 813.
Gens, Joh^s. G. F. de 812.
Ghislanzoni, Carlo 799.
Giese, E. 796.
Gindze, B. 743.
Giorgio, A. di 746.
Grazzi, Vittorio 792.
Greving, R. 789.
Grünthal, Ernst 822.
Guccione, Filippo 786.
Güttich, Alfred 793.
Guillain, Georges 796.
Guyader, Raoul 778.
Hackebusch, W. 820.
Hadfield, Geoffrey 811.
Hajós, K. 759.
Halliday, James L. 787.
Hanhart, Ernst 832.
Hannes, Walther 830.
Hart, V. K. 814.
Hatch, Edward S. 794.
Heid 805.
Heinekamp, W. J. R. 759.
Heinonen, Oskar 830.
Henschen, S. E. 753, 782.
Herzog, Georg 744.
Hess, Leo 768.

Heuler, Karl 769.
Hirschberg, Louis 777.
Hirsch-Kauffmann, H. 755.
Hirt, Eduard 817.
Hoche, M. 815.
Hoepke, H. 810.
Hoff, Hans 821.
Hoffmann, Hermann 832.
Hofmann, F. B. 758.
Hollander, F. d' 823.
Holst, Johan 783.
Horst, C. J. van der 740.
Huguenin 796.
Jacob, L. 786.
Icard, Séverin 775.
Jones, L. T. 805.
Ionescu, Dimitrie 762.
Jonnesco, Thoma 762.
Isaac-Krieger, K. 777.
Jülich, W. 813.
Ivanov, N. 796.
Ivanov-Smolenskij, A. 771.
Kahn, R. 768.
Kapustin, A. 743.
Karczag, L. 765.
Kiyono, H. 803.
Klarmann, F. 809.
Kleijn, A. de 793.
Klein, O. 807.
Kleist, K. 751.
Kleitman, Nathaniel 760.
Klinke, K. 789.
Knabe, Erich Karl 774.
Knentz 804.
Koffka, K. 774.
Kolb 818.
Koltypin, A. 760.
Korchov, A. 807.
Kühl, Walter 791.
Kufs, H. 792.
Kuhlenbeck, Hartwig 739.
Kunz-Binningen, Hans 770.
Kushner, Irving 757.
Kuttner, L. 777.

Digitized by Google

Kylin, Eskil 776.
Laborderie, J. 795.
Lafora, Gonzalo R. 782.
Lahey, Frank H. 806.
Laird, John 770.
Lange, Erika 759.
Langeron, L. 759.
Laquerrière 795.
Larson, E. 811.
Latarjet, A. 742.
Lawrentjew, A. P. 768.
Lehnartz, E. 755.
Lenz, Fr. 881.
Lepp, F. 802.
Léri, André 797.
Levaditi 819.
Levy, Isidore I. 786.
Licht, H. 756.
Lipschutz, Alexandre 809.
Löffler, W. 761.
Lohmann, K. 757.
Lucksch, Franz 815.
Luerssen 759.
Maclaire, A. S. 816.
Maderna, Candido 803.
Mahaim, Ivan 790.
Maier, Hans W. 824.
Manjkovskij, B. 769, 814.
Marburg, Otto 789.
Marie, A. 819.
Matsui, Yoshio 754.
Mazel, P. 815.
McDowall, R. J. S. 771.
McEachern, John 798.
Meggendorfer, Friedrich 823.
Menestrina, Gino 799.
Meyer, Adolf 770, 789.
Meyerhof, Otto 757.
Michelson, G. 805.
Mikulski, Karol 795.
Mingazzini, G. 781, 824.
Mjöen, Jon Alfred 831.
Miskolczy, Desiderius 746.
Mó, Arturo 820.
Montalti 738.
Moreali, G. 796.
Muck, O. 769.
Mutermilch, S. 750.
Nagasaka, Genichi 821.
Nasaroff, N. N. 751.
Navarro, Juan Carlos 801.
Navratil, E. 762.
Németh, L. 759.
Nicolau, S. 750.
Nicole, J. Ernest 820.
Noble, Thomas P. 796.
Nolf, P. 764.
Norburg, Frank Parsons 823.
Obarrio, Juan M. 825.
Oettingen, Kj. v. 810.
Orlandini, Orlando 762.
Ormond, Arthur W. 782.
Oschmann, A. 756.
Ossinskaja, W. 796.
Ossipov, V. 780.
Ossipowa, S. W. 880.
Ostrowski, Stanislaw 768.
Pacheco e Silva, A. C. 819.
Papilian, V. 759.
Pawlisch, O. V. 755.
Pedrazzini, Francesco 789.
Perli, H. 809.
Persch, Reinhold 826.
Pfeiffer, H. 819.
Philips, Herman B. 799.
Phillips, Percy 811.
Picard, Hugo 750.
Pieper, E. 785.
Plattner, F. 758.
Podolsky, Edward 827.
Poljak, S. 738.
Pollak, Eugen 768.
Pollet, L. 814.
Pollock, Lewis J. 799.
Popow, W. J. 808.
Porak, René 810.
Powers, Grover F. 813.
Prichodjkova, E. 808.
Quercy, M. 782.
Rand, G. 780.
Rebattu, J. 809.
Reinhold 801.
Reisch, Otto 751.
Remlinger, P. 749, 750.
Repaci, G. 788.
Ribas, Valero 754.
Richter, Sölve 806.
Riese, Walther 744.
Robin, P. 815.
Rodriguez Vera 824.
Rohmer, P. 812.
Rosenheck, Charles 799.
Rosenthal, Curt 830.
Roux, Et. 785.
Rowntree, Leonard G. 784.
Rubbens 823.
Rubritius, H. 778.
Rush, Homer P. 805.
Sacristán, José M. 821.
Sante de Sanctis 772.
Sarles, Roger 760.
Savignac, Roger 760.
Savini, E. 806.
Schäffer, H. 756.
Schaltenbrand, Georg 739.
Schewalev, E. 770.
Schilf, Erich 759.
Schmidt, Karl 786.
—, Rudolf 777.
Schneersohn, F. 775.
Schükri, Ahmed 818.
Schüller 816.
Schultze, Friedrich 801.
Schulze 820.
Schulze-Gocht, Hans 784.
Schwartz, A. 756.
Seligmann, E. 785.
Seng, Herbert 773.
Seo, T. 768.
Seulberger, P. 807.
Sharpe, William 816.
Siefanesco, M. 813.
Silberstein, Fritz 821.
Simonelli, G. 746.
Singer, Richard 762.
Smirnov, P. 767.
Snell, Albert M. 812, 825.
Snessarev, P. 744.
Sobhy Bey, M. 779.
Spadolini, Igino 811.
Spick, Albert 800.
Ssucharewa, G. E. 880.
Standenath, F. 819.
Steel, John P. 820.
Steiner, Maxim. 827.
Stern, William 828.
Stewart, William H. 816.
Strecker, Edward A. 828.
Tiegs, O. W. 742, 756.
Tigerstedt, Carl 770.
Tokura, Raisuke 741.
Tournade, A. 811.
Trömner 791.
Troncini, Sandro 794.
Valtancoli, G. 798.
Veach, Harry O. 763.
Veits, Cornelius 768.
Velluda, C. 759.
Versteegh, C. 798.
Villard, H. 779.
Villière, Roger 800.
Visser, J. J. 822.
Vogt, Cécile 790.
—, Oskar 790, 882.
Wechsler, David 771.
Weeber, R. 819.
Weiler, Karl 817.
Wendt, H. 786.
Wersilov, W. 811.
Weygandt 828.
Whitehead, Edward 741.
Willis, C. Campbell 784.
Winkelmann, N. W. 813.
Winkler, Johannes 773.
Wöhrmann, W. 794.
Wohlgemuth, J. 768.
Woringer, P. 812.
Wunderlich, Herbert 772.
Zilahy, N. 765.
Zucker, Ralph 807.

Inhaltsverzeichnis.

Referate.

Normale und pathologische Anatomie 737
Normale und pathologische Physiologie 744
Psychologie und allgemeine Psychopathologie 769
Allgemeine neurologische Diagnostik und Symptomatologie 776
Allgemeine psychiatrische Diagnostik und Symptomatologie 780
Therapie 783
Spezielle Neurologie:
Meningen 785
Großhirn:
Linsenkernerkrankungen, Dyskinesien . . . 789
Kleinhirn, Vestibularapparat, hereditäre familiäre Ataxien 792
Rückenmark und Wirbelsäule:
Myelitis, Poliomyelitis, amyotrophische Lateralsklerose, spin. Muskelatrophie, spastische Spinalparalyse 793
Multiple Sklerose, Syringomyelie 795
Wirbelsäule 796
Periphere Nerven:
Periphere Nervenlähmung, Neuritis, Herpes zoster, Nerventumoren 799
Stoffwechsel und endokrine Drüsen:
Hypophyse, Epiphyse, Diabetes insipidus . 803
Schilddrüse 804
Genitalorgane 807
Infantilismus, Nebennieren und Adrenalin, Addison 810
Tetanie und Spasmophilie 811
Dercumsche Krankheit, Lipomatose . . . 813
Vergiftungen, Infektionen 814
Traumatische Nervenerkrankungen, Kriegsverletzungen 815
Spezielle Psychiatrie:
Progressive Paralyse, syphilitische Geistesstörungen, Trypanosomenkrankheiten . 818
Schizophrenie 821
Verblödungsprozesse 822
Psychosen bei Allgemeinerkrankungen. Infektions- und Intoxikationspsychosen, Alkoholfrage 823
Degenerative psychopathische Zustände, Pathographien 826
Forensische Psychiatrie 828
Das Konstitutionsproblem, Erblichkeits- und Rassenforschung . . . 829

Digitized by Google

Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.
Band XLIII, Heft 13/14 S. 737—832

Referate.

Normale und pathologische Anatomie.

Berberich, J.: Besteht ein Zusammenhang zwischen Fettbefunden im Zentralnervensystem neugeborener Menschen und der Markscheidenentwicklung? (*Univ.-Ohrenklin. u. Senckenberg pathol. Inst., Frankfurt a. M.*) Klin. Wochenschr. Jg. **5**, Nr. 6, S. 211—214. 1926.

Verf. bestätigt erneut, daß die Markscheidenentwicklung stets ohne Bildung von Fettkörnchenzellen vor sich geht. Er hat das in 45 Fällen an einem umschriebenen, dem Geburtstrauma wenig ausgesetzten Gebiete, der Olivengegend, an menschlichen Gehirnen aller Entwicklungsstadien nachgewiesen. *Hallervorden* (Landsberg-Warthe).

Castaldi, Luigi: Morfogenesi dell'acquedotto cerebrale. (Morphogenese des Aquaeductus cerebralis.) Arch. gen. di neurol., psichiatr. e psicoanal. Bd. **6**, H. 3/4, S. 157—172. 1925.

Castaldi hat die Ontogenese des Aquaeductus Sylvii (er nennt ihn aus historischen Gründen „Aquaeductus cerebralis", weil er lange vor Sylvius von Galen, Vesal und Arantius beschrieben worden ist) an fetalen und ausgewachsenen Meerschweinchen untersucht und fand folgende Maße in den verschiedenen Stadien:

	mm	mm	mm	mm	mm
Stadium	8	11	22	88	ausgewachsen
Länge	2,35	2,4 (2)	4,7 (2,5)	—	3,7 (3,1)
Breite	1,45	1,70	1,20	1,25	0,4—1,05
Höhe	0,70—1,20	0,90	0,40	0,68	0,45—0,75

Nach einem anfänglichen Wachstum resultiert also für spätere Stadien eine Verminderung der Dimensionen. Diese muß als Folge des Wachstums der den Aquaedukt umgebenden Teile aufgefaßt werden, ebenso die Tatsache, daß der 3. und 4. Ventrikel sich auf Kosten des Aquaedukts vergrößern. Der letztere bietet bei erwachsenen Exemplaren noch folgende Eigentümlichkeiten, die von fetalen Bedingungen abhängen: den „Ventriculus intermedius", eine Erweiterung, die lediglich den dorsalen Abschnitt betrifft und an die fetalen Recessus laterales erinnert, eine dorsocaudale Ausbuchtung beim trichterförmigen Übergang in den 4. Ventrikel — ein Überbleibsel des Recessus posterior; Kielbildung und andere Eigenarten des Ependyms am Dachgewölbe, entsprechend der caudalen Ausdehnung des Corpus subcommissurale. *Wallenberg* (Danzig).

Bok, S. T.: Gibt es einen gemeinsamen Bauplan in den Kernen- und Bahnen-Systemen der verschiedenen Querschnitte des Neuralrohres? (*Psychiatr. u. neurol. Klin., Univ. Amsterdam.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **100**, H. 4/5, S. 678—699. 1926.

Seit His das ganze embryonale Zentralnervensystem der Vertebraten in 6 Längszonen (Dach- und Bodenplatte, je 2 Flügel- und Grundplatten) zerlegt hat, sind mehrfach Versuche gemacht worden, einen gemeinsamen Bauplan in den Kernen- und Rahmensystemen der verschiedenen Segmente und Abteilungen des Neuralrohres festzulegen. Der Ref. weist besonders auf die Einteilung Gaskells und der amerikanischen Autoren in funktionelle Komponenten hin, die sich als sehr zweckmäßige und ertragreiche Arbeitshypothese erwiesen hat. Auch Bok geht von den Hisschen Längszonen (Platten) aus und nimmt dazu die von His beschriebenen 3 Schichten innerhalb jeder Zone (Ependym-, Mantelzone und Randschleier). Die Kombination dieser Platten und Schichteneinteilung ergibt eine Einteilung in „Provinzen" (z. B. Randschleier der Flügelplatte, Mantelzone der Grundplatte usw.). Die Randzone der Flügelplatte ist rezeptiv, soweit sie primär sensible Fasern empfängt, und assoziativ, soweit sie nur Verbindungszellen — und Fasern zwischen benachbarten Höhen der Randzone enthält, die Randzone der Grundplatte führt „Projektionsfasern", die im zentralen Nerven-

Digitized by Google

apparat entspringen und an weit entfernten Stellen dieses Zentralapparates endigen („projektive Randzone"). Die Randzonen der Dach- und Bodenplatte enthalten Kreuzungsfasern von der linken zur rechten Hälfte des Zentralorgans („dekussive Randzonen"). Die Richtung der Neuriten in der Mantelzone der Flügelplatte geht „abzonal" zum Ependym hin, die der Neuriten in der Mantelzone der Grundplatte vom Ependym weg („abventrikulär"). Hier liegt also das Grau dem Ependym an und wird durchschnitten vom „projektiven Bündel", d. h. von der Verlängerung der projektiven Strahlung der Flügelplattenzellen. B. versucht nun dieses Schema auf alle Teile des Zentralorgans anzuwenden, der Ref. hat aber nicht den Eindruck, daß dieser Versuch gelungen ist (der Verf. will z. B. das optische System davon ausnehmen) und daß er uns in der Erforschung der allgemeinen Struktur des Zentralnervensystems weiter bringen wird. *Wallenberg* (Danzig).

Montalti: Morfologia ed embriologia dei nuclei dell'oculomotore comune e del trocleare nell'uomo. (Morphologie und Embryologie der Oculomotorius- und Trochlearis-kerne beim Menschen.) (*Roma, 27.—30. X. 1924.*) Atti del congr. d. soc. ital. di oftalmol. S. 341—343. 1925.

Während die Entwicklung der Augenmuskelkerne bisher nur bei Tieren studiert wurde, untersuchte Montalti menschliche Embryonen nach der von Cajal angegebenen Methode mit lückenlosen Serienschnitten. Seine Beobachtungen führten ihn zu den folgenden Schlußfolgerungen: Der seitliche Hauptkern ist der wesentlichste Kern des Nervus III sowohl beim Menschen als auch bei den Tieren. Er besteht aus einer vorderen runden und einer hinteren länglichen Gruppe, die sich aber erst im 6. Entwicklungsmonat trennen. Der Nucleus centralis von Perlia erscheint erst im 3. Monat und behält immer seine Form bei. Die Kerne von Edinger-Westphal treten erst im 3. Monat auf; die von ihnen ausgehenden Fasern sind schwer zu verfolgen. Der Nucleus dorsalis centralis posterior von Panegrossi tritt im 4. Monat auf; er besteht aus wesentlich kleineren Zellen als die seitlichen Hauptkerne. Der Kern verliert allmählich seine ovale Form und nimmt die eines Stranges an. Die Zellgruppen nähern sich im Verlauf der Entwicklung immer mehr dem Aquaeductus Sylvii. Von den Fasern erscheinen die ungekreuzten vor den gekreuzten. Sowohl am III- als auch am IV-Kern finden sich aberrierende Zellen. Beide Kerne sind im frühen Stadium vollständig voneinander getrennt. Das hintere Längsbündel steht in innigen Beziehungen zu denselben. *Cords* (Köln).

Poljak, S.: Die Verbindungen der Area striata (intrahemisphärale, commissurale, palliodiencephalische, palliotektale Fasern) bei der Katze und deren funktionelle Bedeutung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **100**, H. 4/5, S. 545—563. 1926.

Poljak hat bei Katzen die Sehsphäre (Area striata) der Großhirnrinde durch Pacquelinisierung zerstört, den Defekt mit Paraffinum sterilisat. ausgefüllt und nach 18 Tagen das Gehirn mit der Marchi-Methode untersucht, um die Frage zu entscheiden, ob die von der Area striata ausgehenden Fasern direkt zu anderen sensorischen und motorischen Cortexgebieten laufen oder in anderen dazwischen gelegenen Rindenteilen endigen. Um die Verbindungen der der Area striata benachbarten Windung und so die möglichen weiteren intrahemisphäralen Wege der optischen Impulse zu verfolgen, ferner um auch das Verhältnis dieser Nachbarwindung zu den subcorticalen Hirngebieten festzustellen, wurde die Rinde des Gyrus suprasylvius medius beschädigt, schließlich hat P. auch einmal das Mark des Gyrus lateralis zerstört. Die Ergebnisse bestätigen zwar im allgemeinen frühere Resultate, bringen aber doch im einzelnen wichtige Feststellungen: Es degenerierten nach isolierter Zerstörung der Area striata 1. kurze U-förmige Fasern zu den benachbarten Windungen (Gyri splenialis, suprasylvius und suprasplenius) Arnold, Meynert; 2. lange Assoziationsfasern zum mittleren Gyrus ectosylvius posterior und medius (keine Assoziationsfasern zu den übrigen sensorischen und motorischen Gebieten). G. ectosylv. posterior, in der Mitte zwischen Seh- und Hörsphäre, steht weder mit optischen noch mit auditiven subcorticalen

Digitized by Google

Zentren in Verbindung, bildet wahrscheinlich den Ort der Fusion optischer auditiver (und taktiler?) Impulse („primitives Assoziationsgebiet" im Sinne Flechsigs). 3. Balkenfasern. 4. Fasern zum gleichseitigen Stratum medullare superficiale des vorderen Vierhügels via Strat. sagittale medium, dorsale Zonalschicht des Corp. genicul. laterale und angrenzender Thalamusteile (Corp. genicul. mediale, mediocaudaler „Posterioranteil" des Thalamus), wohl Reflexfasern zu den Augenmuskelkernen und Kopfbewegungsmechanismen? (Rindenreizversuche mit galvanischem und faradischem Strom an der Area striata ergaben assoziierte Augenbewegungen zur gekreuzten Seite, oft mit Nystagmus!). 5. Fasern zum Thalamus opticus, aber nicht in das Corp. genicul. laterale. 6. Fasern via Tapetum zur Wand des Hinterhornes des Seitenventrikels? 7. Fasern zur Substantia nigra. *Wallenberg* (Danzig).

Schaltenbrand, Georg: Über einen seltenen Befund im Rombencephalon: Den Fasciculus longitudinalis medianus (impar). (*Anat. Laborat., Univ.-Klin. d. Binnengasthuis u. Central inst. v. Hersenonderzoek, Amsterdam.*) Psychiatr. en neurol. bladen Jg. **1926**, Nr. 1, S. 45—47. 1926.

Schaltenbrand fand in der Oblongata und Brücke eines Falles von hepatolenticulärer Degeneration ein sagittales, feinfaseriges Bündel dorsal vom hinteren Längsbündel in der Medianlinie, das sich von der Höhe der Hypoglossuskerne genau zwischen den Nuclei funiculi teretis bis in die Gegend der Loci coerulei erstreckte und Fasern aus den Nuclei funiculi teretis empfing. Frontal splitterte das Bündel unter dem Ependym der Rautengrube nahe der Medianlinie auf. Das Bündel entspricht Obersteiners „medianem Längsbündel". Sch. schlägt vor, es „Fasciculus longitudinalis impar" zu nennen. Er konnte auch beim Hunde ein ähnliches Bündel feststellen. Über seine Verbindungen, abgesehen von denen mit dem Kern des Funiculus teretis, ist nichts bekannt. Mit dem Schützschen Längsbündel hat es nichts zu schaffen. Sch. hält es für „ein heterotopes Bündel, dessen Fasern im allgemeinen untrennbar mit denen des Fasciculus longitudinalis posterior vermischt sind". *Wallenberg* (Danzig).

Kuhlenbeck, Hartwig: Über die morphologische Bedeutung der Arteriae laterales corporis striati bei Reptilien. Weitere Mitteilungen zur Genese der Basalganglien. Folia anat. japon. Bd. **3**, H. 4/5, S. 157—163. 1925.

Kuhlenbeck sucht in der vorliegenden Arbeit die Rolle der lateralen Arterien des Corpus striatum am Aufbau der Basalganglien der Reptilien zu umgrenzen. Er kam dabei zu folgenden Resultaten: Die phylogenetische Entwicklung der für den Menschen und die Säuger charakteristischen Formen der Basalganglien nehmen bei Reptilien ihren Ausgang von einem mächtigen Wulst der ventrolateralen Wand des Seitenventrikels (Wulstbildung des Nucl. epibasalis), dessen Ontogenese mit dem Auftreten besonderer Gefäße, der Arteriae laterales Corporis striati, verbunden ist. Diese versorgen besonders den im Innern des Epibasaliswulstes gelegenen Nucleus centralis, der dem Striatum im engeren Sinne bei Säugern entspricht; während der Nucleus ep. basalis, der dorso-lateral dem Nucleus centralis anliegt, ebenso wie das Claustrum der Säuger, dem er gleichzusetzen ist, teils von basalen (zentralen), teils von corticalen (oberflächlichen) Arterien versorgt wird. Eine besonders lange und gut entwickelte unter diesen Arteriae lateral. corp. striat. entspricht Charcots „Arterie der Hirnhämorrhagie" beim Menschen. *Wallenberg* (Danzig).

Greving, R.: Beiträge zur Anatomie der Hypophyse und ihrer Funktion. I. Eine Faserverbindung zwischen Hypophyse und Zwischenhirnbasis (Tr. supraoptico-hypophyseus). (*Med. Klin., Univ. Erlangen.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. **89**, H. 4/6, S. 179—195. 1926.

An schrägen Horizontalschnitten durch das Zwischenhirn fand Greving eine Faserverbindung zwischen dem Nucleus supraopticus durch den Hypophysenstiel zum Hypophysenhinterlappen (Tr. supraoptico-hypophyseus, identisch mit dem Tractus supraopticus inferior). In der Hypophyse bilden diese Fasern ein dichtes Geflecht und umspinnen kleine Zellhaufen, die Greving als „Inseln" bezeichnet. Echte Nervenfasern bilden nach ihm den Hauptbestandteil (? Ref.) des Stiels und Hinterlappens. Nucleus supraopticus und Hypophyse, verbunden durch den Traktus bilden ein einheitliches System, das zur Regulierung vegetativer Funktionen zu dienen vermag. Der Nachweis dieser nervösen Verbindung (der übrigens schon von Pines erbracht wurde. Ref.) kann vielleicht eine Klärung der Frage nach der zentralen oder hypophysären Genese mancher Krankheitsbilder bringen. *Josephy* (Hamburg).

Digitized by Google

Horst, C. J. van der: Das Cerebellum der Fische. Allgemeines Morphologisches vom Cerebellum. (*Central inst. v. hersenonderzoek, univ., Amsterdam.*) Verslag d. afdeel. natuurkunde, koninkl. akad. v. wetensch., Amsterdam, Bd. 34, Nr. 7, S. 816—827. 1925. (Holländisch.)

van der Horst, dem wir bereits ausgezeichnete Beiträge zur Kenntnis des Kleinhirns der Fische verdanken, hat eine Reihe von Studien über den gleichen Gegenstand begonnen, von denen die erste über die allgemeine Morphologie jetzt vorliegt. Er geht dabei aus von dem durch die Schilderung von Holmgren und v. d. H. bekannten Kleinhirn von Ceratodus, das als eine im Querdurchmesser dorsal vorgewölbte Platte mit ventraler Längsfurche in der Mitte und je 2 seitlichen Grenzfurchen gegen die Oblongata die Rautengrube bedeckt. Die ganze Breite der Ventrikeloberfläche des Kleinhirns wird von der Körnerschicht gebildet, während die Außenwand nur aus Molekularschicht besteht. Am caudalen Pole vereinigen sich beide Schichten zu einer die Rautengrube dorsal abschließenden Platte, die durch Plexus chorioidei mit dem dorsalen Oblongatarande verbunden ist. Weiter vorn aber biegt die Körnerschicht der Cerebellarplatte nach außen um und bildet jederseits einen kleinen Auriculus cerebellaris, der caudalwärts kontinuierlich in den als Lobus lineae lateralis anterior bekannten dorsolateralen Oblongatarand übergeht und sich als solcher bis zu frontalen X-Wurzeln verfolgen läßt. Da er dorsale Lateralis-Zweige aufnimmt, schlägt v. d. H. vor, ihn „Lobus lineae lateralis dorsalis" zu nennen. Ventral von ihm läuft die viel weiter caudal reichende Crista cerebellaris, die frontal in die Molekularschicht des Kleinhirns übergeht, und ventral von der Crista der Lobus lineae lateralis posterior oder besser „Lobus lineae lateralis ventralis", der den Nerv. lateral. posterior und den Nerv. later. anter. ventralis aufnimmt und frontal sich mit der lateralen Körnerschicht vereinigt. Diese letztere verdrängt in frontalen Abschnitten die Molekularschicht und überwuchert sie derart, daß nur noch die dorsale Oberfläche des frontalen Kleinhirnpols von ihr bedeckt ist. Eine längs der lateralen Mittelhirnwand bis zur Austrittsstelle des Oculomotorius sich fortsetzende frontale Verlängerung der Körnerschicht hatten Holmgren und v. d. H. mit dem Ganglion isthmi identifiziert. v. d. H. glaubt jetzt, daß nur der frontalste Abschnitt dem Ganglion isthmi entspricht, der caudale noch im Bereiche des Cerebellum liegende Teil mit der „Eminentia granularis" (Franz) der Teleostier homolog ist. Die letztere war von Herrick mit den Aurikeln gleichgestellt worden. v. d. H. nimmt zwar auch eine gemeinsame Funktion beider Teile an, unterscheidet sie aber durch das Verhalten der eintretenden Nerven: Die Aurikel empfangen nur Lateralisäste, in die Eminentia granularis dagegen strahlen Lateralis- und Octavusnerven ein. Das Mittelstück des Cerebellum (Corpus cerebelli) ist Endgebiet sekundärer mesencephaler und spinobulbärer Bahnen. Von dem Ceratodus-Kleinhirn aus sucht nun v. d. H. den Aufbau des Cerebellum bei anderen Fischarten dem Verständnis näher zu führen. Die Selachier besitzen gut ausgebildete Aurikel und ein wohlentwickeltes Mittelstück (Corpus cerebelli). Die Eminentia cerebellaris wird von den Aurikeln bedeckt, so daß sie nur bei Embryonen noch sichtbar ist. Eng verbunden mit den Aurikeln ist auch der Lobus lineae lateralis ventralis. Das Wachstum des Corpus cerebelli bedingt eine dorsale Ausbuchtung und Faltung bei Selachiern, während bei Crossopterygiern sich das Mittelstück in die Rautengrube hinein vorwölbt, ähnlich, wenn auch in geringerem Grade, bei Chondrostiern, deren Aurikel übrigens viel größer sind als die der Crossopterygier und das Corpus cerebelli seitlich völlig bedecken. Die dorsale Lage der Aurikel wird hier bedingt durch die ventrale Einstülpung des Kleinhirns, als deren Folge die Ausstülpung der lateralen Ventrikelwand anzusehen ist. Entsprechend der geringen Aurikelentwicklung bei Crossopterygiern ist die dorsale Wurzel des Nerv. lin. lateralis bedeutend kleiner als die ventrale, im Gegensatz zu Ceratodus, Chondrostier und Selachiern, ebenso der Lobus lineae lateralis dorsalis. Ähnliche Verhältnisse weisen auch die Teleostier auf. Bei Crossopterygiern und Teleostiern treten eben die meisten Lateralisfasern ventral ein. Die Eminentia granularis besitzt bei Crossopterygiern und Chondrostiern dorsale Lage. Holostier und Teleostier zeigen den 3. Entwicklungstyp des Cerebellum. Bei Amia, dessen Kleinhirn im übrigen vielfache Ähnlichkeiten mit dem von Ceratodus besitzt, wird der caudale Abschnitt nur von der Molekularschicht gebildet, abgesehen von einer dünnen Randzone, in der sich Körnerzellen befinden. Weiter frontal findet sich mitten in der Molekularschicht Körnerzellengewebe, in der ventralen Molekularschicht laufen kreuzende Fasern des Tract. vestibulo-cerebellaris, sie verdrängen die Körnerschicht und verhindern eine Aurikelbildung, von der nur noch eine Körnerzellenanhäufung an der Grenze von Oblongata und Kleinhirn übrigbleibt. Amia und Teleostier besitzen keine dorsalen Lateraliswurzeln, alle Lateralisfasern treten ventral von der Crista cerebellaris ein, enthalten jedoch alle Elemente des Lateralisnerven, sowohl die dünnen der ventralen L.-Wurzel bei Cyclostomen als auch die dicken der dorsalen Wurzel. Weiter frontal breitet sich die Körnerschicht bei Amia und Teleostiern seitlich aus und die Molekularschicht beschränkt sich auf die dorsale und dorsolaterale Oberfläche. Der Übergang der Körnerschicht caudal in den ventralen Lateraliskern, frontal in die Eminentia granularis erfolgt wie bei Ceratodus. Beide Eminentiae granulares verbinden sich am Frontalpole durch ventrale Körnerzellstränge. Bei einigen Teleostiern gehen die Eminentiae granulares frontal konti-

Digitized by Google

nuierlich in die Körnerschicht der Valvula cerebelli über (beide gehören dem Acustico-Lateralis-Gebiet an). Die als Ganglion isthmi benannte Mittelhirnfortsetzung der Emin. granul. kann bei Ceratodus möglicherweise auch ein Homologon der Valvula cerebelli sein. Bei Teleostiern reicht die ventrale Molekularschicht viel weiter frontal wie bei Amia, bedeckt die ganze ventrale Fläche des Kleinhirns und schiebt die Anheftungsstelle des Plexus chorioideus frontalwärts, so daß der Caudalpol des Kleinhirns frei nach außen ragt. Die verschiedenen Formen des Corpus cerebelli bei Teleostiern werden im Einklang mit den Angaben von Franz geschildert. Bei Anguilliden bedeckt die Körnerschicht die ganze Seitenwand des Cerebellum und zerfällt in zwei am lateralen Rande durch eine Furche getrennte Schichten, von denen nur die ventrale mit der Eminentia granularis zusammenhängt. Die letztere erstreckt sich über die ganze Länge des Cerebellums, auch die dorsale Verbindungsschicht zwischen beiden Eminentiae reicht weiter caudalwärts als bei anderen Teleostiern und bildet mit den Eminentiae zusammen eine zweischichtige Körnerzellenmasse. Der Ventriculus cerebelli bildet bei Amia und niederen Teleostiern einen schmalen Spalt, den Rest der bilateralen Kleinhirnanlage (Schaper), bei Selachiern entsteht er durch Abspaltung eines Teils der Rautengrube infolge Krümmung und Wölbung der ursprünglichen Kleinhirnplatte. Deshalb kann nur der Spalt zwischen den Körnerschichtleisten mit dem Ventriculus cerebelli der Teleostier homologisiert werden.

Wallenberg (Danzig).

Frazier, Charles H., and Edward Whitehead: The morphology of the Gasserian ganglion. (Die Morphologie des Gasserschen Ganglions.) (*Neuro-surg. dep., univ. of Pennsylvania, Philadelphia a. Carnegie laborat. of embryol., Baltimore.*) Brain Bd. 48, Nr. 4, S. 458—475. 1926.

Die Untersuchungen gingen von der praktischen Frage nach der Berechtigung der von Frazier empfohlenen subtotalen Resektion der sensiblen V-Wurzel aus, die bis jetzt 25 mal ohne Rückfall und ohne Entstehung einer Keratitis ausgeführt wurde. Voraussetzung für die Berechtigung dieser Operation ist, daß das Ganglion nicht eine, sondern drei Einheiten darstellt. Klinisch spricht für diese Annahme die Seltenheit primären Ergriffenseins der ophthalmischen Portion und die Beseitigung der Schmerzen in letzterer durch Behandlung des 2. und 3. Astes. Um diese Anschauung auf eine anatomische Basis zu stellen, untersuchte Whitehead 9 menschliche Embryonen von 4,85 mm bis 23,7 cm Länge und kam dabei zu folgenden Ergebnissen: das Ganglion bildet von der 4. Woche bis zur Reife eine einzige verschmolzene Masse. Die Portio ophthalmica ist zwar nie vollständig abgegrenzt, aber vom übrigen Ganglion durch schnellere Entwicklung ausgezeichnet. In ihr entwickeln sich die faserigen Fortsätze früher und die Zellen ordnen sich früher zu Gruppen als in den anderen beiden. Dementsprechend erscheint sie an der lateralen und medialen Oberfläche des Ganglions durch kleine Furchen vom übrigen Ganglion abgesetzt. Ferner bildet sich der N. ophthalamicus an einer Stelle, die weit entfernt ist von derjenigen, an der der N. maxillaris und mandibularis sich sehr nahe beieinander bilden. Da die Zellen sich meist in der Achse der Zellfortsätze teilen, so erfolgt die Größenzunahme des Ganglions vorwiegend in einer zur Hauptachse des Nerven senkrechten Ebene. Die Art der Zellteilung bedingt auch die spätere Halbmondform. Von der konkaven Fläche (Hilus) geht die sensible Wurzel ab. Die peripherischen Zellfortsätze streben nach dem nächsten Punkt der Oberfläche zu und verlaufen dann über die Oberfläche, um sich zu dem nächstgelegenen der drei Nervenstämme zu sammeln. Die Wurzelfasern verlaufen in getrennten durch Bindegewebe abgegrenzten Bündeln, die sich nicht vermischen. Im Lauf der Entwicklung macht das Ganglion eine Drehung durch, so zwar, daß seine laterale Oberfläche schließlich zur dorsalen wird. Die motorische Wurzel verläßt die Brücke anfangs unmittelbar ventral von der Eintrittsstelle der sensiblen, später mehr kranial von dieser.

Fr. Wohlwill (Hamburg).

Tokura, Raisuke: Über das Vorkommen der Ganglienzellen von pseudounipolarem Typus im Ganglion cervicale superius. (*Anat. Inst., kais. Univ. Kyoto.*) Folia anat. japon. Bd. 3, H. 4/5, S. 209—214. 1925.

Da Fasern cerebrospinaler Herkunft in den sympathischen Ganglien schon von Retzius, Cajal, Lenhossek, Dogiel Michailow und Greving beschrieben worden sind, so hat Tokura auch nach entsprechenden Zellen in den sympathischen Ganglien gesucht und bei der Katze im Gangl. cerv. sup. unipolare Zellen vom sog. glomerulären Typus gefunden. Diese

Digitized by Google

Zellen sind größer wie die sympathischen Zellen und von Mantelzellen umgeben. Da Verbindungen zwischen Gangl. cerv. sup. und Gangl. nodosum beobachtet wurden, so stammen die in Frage kommenden Zellen wahrscheinlich von letzterem ab. Daß die gefundenen unipolaren Zellen auch in der Tat sensibel sind, wird vom Verf. aber nirgends bewiesen. *Stöhr jr.*

Latarjet, A., et Pierre Bertrand: Les rameaux communicants du sympathique thoracique. (Die Rami communicantes des Brustsympathicus.) (*Laborat. d'anat., fac. de méd., univ., Lyon.*) Journ. de méd. de Lyon Jg. **7**, Nr. 146, S. 71—74. 1926.

Makroskopisches Verhalten der Rami communicantes des Brustgrenzstranges und ihre Beziehung zu den Gefäßen und den Intercostalnerven, wobei wesentlich Neues nicht gesagt wird. (Material: Mensch, neugeboren und erwachsen).

Hirt (Heidelberg). °°

Tiegs, O. W.: The nerve net of plain muscle, and its relation to automatic rhythmic movements. (Nervennetze in der glatten Muskulatur und ihre Beziehungen zu automatischen rhythmischen Bewegungen.) (*Dep. of zool., univ., Melbourne.*) Austral. journ. of exp. biol. a. med. science Bd. **2**, Nr. 3, S. 157—166. 1925.

Verf. gibt auf Grund eigener histologischer Untersuchungen eine Übersicht über das Vorkommen echter Nervennetze im Sinne Bethes und erörtert kritisch die früheren Arbeiten, die z. T. die Existenz solcher echter Netze leugneten. Mit der Methylenblaumethode läßt sich überall in der glatten Muskulatur ein zartes, diffuses Netzwerk nachweisen, das sich aus multipolaren Zellen und ihren Fortsätzen zusammensetzt. Die Ausläufer benachbarter Zellen stehen nicht nur in Kontakt miteinander, sondern verschmelzen vollkommen. Synapsen fehlen. Neurofibrillen lassen sich distinkt färben, und die Maschen der Netze bestehen aus einzelnen Fibrillen, nicht aus feinsten Nervenfasern. Die Natur der Zellen in diesen Fibrillennetzen ist nicht mit absoluter Sicherheit aufgeklärt, Verf. hält sie aber für Ganglienzellen, obwohl ihnen Nissl-Schollen und Nucleolus fehlen. Die Degeneration dieser Netze nach Durchschneidung der zu ihnen führenden Nerven (Hofmann, Eugling) erkennt Verf. nicht als Beweis gegen ihre Selbständigkeit an. Er weist auf das Erhaltenbleiben der Capillarreaktionen nach Vasomotorendurchschneidung (Krogh) und auf den lokalen Charakter der Reaktion entnervter Gefäße (Eugling) hin. Bei Insekten fehlen die Nervennetze vollkommen. Bei Vertebraten fand Verf. sie außer an den Gefäßen, im M. retracter penis, in der Blasenwand und neben dem Pl. myentericus auch in der Darmwand. Der Pl. myentericus selbst scheint nicht als Nervennetz anzusehen zu sein, sondern ein synaptisch gebautes System zu bilden. Verf. hält die Nervennetze für das Substrat einfacher Reflexe, automatisch rhythmischer Bewegungen und der Erregungsleitung in der glatten Muskulatur. *v. Brücke* (Innsbruck).

Cajal, S. R.: Quelques remarques sur les plaques motrices de la langue des mammifères. (Bemerkungen über die motorischen Nervenendplatten in der Zunge der Säugetiere.) Travaux du laborat. de recherches biol. de l'univ. de Madrid Bd. **23**, H. 3, S. 245—254. 1925.

An den afferenten Fasern der motorischen Nervenendplatten finden sich mitunter akzessorische Fasern, welche von einigen Autoren für Kollateraten gehalten werden, von anderen für Abkömmlinge des Sympathicus (Boeke). An seinen Präparaten hat Cajal mit Sicherheit nur Kollateralen feststellen können, wie sie Tello u. a. schon beschrieben haben; ihre sympathische Abkunft konnte er nicht erweisen, ohne daß er darum die Boekesche Darstellung bezweifeln will. Er wirft die Frage auf, ob es sich hier nicht um bestehengebliebene, aberrierende Fasern handelt, wie sie Tello bei Embryonen gesehen hat. — Die von Boeke beschriebenen, in den Nervenendplatten sichtbaren Gitterbildungen entsprechen seiner Meinung nach wegen ihrer andersartigen Tinktion nicht einem Fibrillennetze, sondern vermutlich den netzartigen Protoplasmastrukturen, wie sie in vielen anderen epithelialen und mesodermalen Zellen vorkommen; jedenfalls ist auf diese Möglichkeit bei weiterem Studium zu achten. *Hallervorden.*

Economo, C. v.: Die Bedeutung der Hirnwindungen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. **84**, S. 123—132. 1926.

von Economo glaubt die Tatsache, daß die Grenzen der Windungen völlig unabhängig von den Grenzen der cytoarchitektonischen Rindenfelder sind, daß ferner auf der Kuppe der Windungen die oberflächlichen (afferenten) Schichten verdünnt, die tiefen (efferenten) stark ausgebildet erscheinen, während in den Seitenwänden und in der Furchentiefe gerade die oberflächlichen Schichten (I/II) an Dicke zunehmen und

Digitized by Google

die tiefen sich verschmälert zeigen, in dem Sinne deuten zu müssen, daß jede Windung „an sich ein Organ ist, welches einzelne Teile untereinander verschiedener Areae zu einer gemeinsamen effektorischen Einheit eigenartig vereinigt", und zwar in der Weise, daß die Wandteile dieses Organs mehr zur Aufnahme der Reize und die Kuppenteile mehr zur Ableitung dieser Reize nach außen bestimmt sind. (Dem Ref. W. scheint das Bestehen lissencephaler Säugergehirne mit dieser Auffassung nicht zu stimmen.)
Wallenberg (Danzig).

Gindze, B.: Das Studium der Gehirnarterien hervorragender Menschen. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 84 bis 98. 1925. (Russisch.)

Gindze hat die Hirnarterien des berühmten Moskauer Anthropologen Anutschein, des bekannten Psychiaters Bernstein, des armenischen Dichters Ovaness Tunnsayan und des berüchtigten Mörders Petroff Kommaroff untersucht. Die Methode gibt die Möglichkeit, gute flache eindeutige Präparate zu erhalten, ohne das Hirn zu schädigen. Es erweisen sich große individuelle Verschiedenheiten in den einzelnen Fällen. Es müssen noch umfangreiche Untersuchungen vorgenommen werden, um zwischen den Eigentümlichkeiten des Gehirns und den biopsychischen Besonderheiten der entsprechenden Person Gesetzmäßigkeiten aufzudecken. *M. Kroll* (Minsk).

Kapustin, A.: Die Architektur des Hirns von Gelehrten. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 99—115. 1925. (Russisch.)

Kapustin hat die Gehirne dreier hervorragender russischer Gelehrter makroskopisch untersucht, und zwar des Neurologen Kojewnikoff, des Psychiaters Korsakoff und des Physikers Bachmetjeff. Die Gewichte übertrafen das Durchschnittsgewicht des Europäers (1375,0) und der Russen (1398,9) und zwar betrugen sie 1520,0 (Kojewnikoff), 1603,0 (Korsakoff) und 1485,0 (Bachmetjeff). Die Furchen dritter Kategorie waren überaus zahlreich, die hauptsächlichsten Windungen gut ausgeprägt (hypergyrencephalisch). Namentlich waren die Furchen der frontalen und parietalen Assoziationsfelder gut ausgeprägt. Die linke Hemisphäre war besonders gut entwickelt. Es bestand folglich, nach K., eine vollkommene Korrelation zwischen dem Intellekt dieser Gelehrten und der komplizierten Struktur ihrer Gehirne. *M. Kroll* (Minsk).

Ariëns Kappers, C. U.: Das relative Gewicht der Hirnrinde bei Menschenrassen und Säugetieren und die Asymmetrie der Hemisphären. Verslag d. afdeel. natuurkunde, koninkl. akad. v. wetensch., Amsterdam, Bd. 34, Nr. 7, S. 709—720. 1925. (Holländisch.)

Ariëns Kappers hat bei 6 Holländern und Chinesen das relative Gewicht der Großhirnrinde im Vergleich zum Gesamtgewicht des Gehirns und dem bei der Hemisphären mit einer besonderen Methodik festgestellt und die erhaltenen Zahlen mit den bei einigen Säugern (Marsupialier-Macropus, Edentat-Choleopus didactylus, Ungulat-Pferd, Carnivor-Land, Katarrhine-Affen-Semnopithecus und Hylobates, Anthropoiden-Orang) verglichen. Er ging in folgender Weise vor: In Formalin gehärtete Gehirne werden gewogen und dann in der sagittalen Medianlinie halbiert, Cerebellum und Brücke längs der hinteren Vierhügel abgeschnitten, die Hemisphäre gewogen, dann mit Reicherts Makrotom in Scheiben von 2—3 mm Dicke zerlegt. Diese Scheiben färbt K. 3—6 Stunden in einer wässerigen Nigrosinlösung (1 : 1000), durch die das Rindengrau fast schwarz sich von der ungefärbten weißen Substanz abhebt. Die Scheiben werden dann auf Glasplatten gelegt, die Rinde mit feinem Messer abgeschnitten und nachdem Rinde und die abgetrennten Teile soweit getrocknet sind, daß die Summe ihres Gewichtes dem vorher festgestellten Hemisphärengewicht entspricht, gewogen und der Prozentsatz des Gewichtes gegenüber dem Gesamtgewicht des ganzen Gehirns, der betr. Hemisphäre und der weißen Substanz ausgerechnet. K. konnte als mittlere Prozentzahl des Rindengewichtes zu dem der ganzen Hemisphäre bei Niederländern 50,65% feststellen (rechte Hemisphäre 50,6%, linke 50,8%), bei Chinesen 50,45% (rechte Hemisphäre 49,9%, linke 51,0%). Sehr bemerkenswert ist die Tatsache, daß weder ein deutlicher Unterschied im Gewicht der rechten und linken Hemisphäre noch zwischen Niederländern und Chinesen vorhanden war. Bei den untersuchten Tieren waren die Prozentzahlen des Rindengewichts mindestens ebensogroß in den meisten Fällen sogar größer als beim Menschen, eine Folge der bedeutend größeren Oberflächenentfaltung bei kleinen Gehirnen. Die Rinde von Hylobates ist dicker als die

Digitized by Google

von Semnopithecus und anderen Affen (Marburg). Der verhältnismäßig kleine Prozentsatz des Rindengewichts bei der norwegischen Ratte (Donaldson) muß als Folge der Tatsache angesehen werden, daß die Ratte lissencephal ist und daher eine viel geringere Oberflächenentfaltung der Rinde besitzt als die gyrencephalen Säuger und der Mensch. *Wallenberg.*

Riese, Walther: Formprobleme des Gehirns. III. Mitt. Über die Menschenähnlichkeit des Oranggehirnes. (*Neurol. Inst., Univ. Frankfurt a. M.*) Anat. Anz. Bd. **60**, Nr. 21/22, S. 533—536. 1926.

Das Orang-Hirn hat mit dem des Menschen u. a. gemeinsam die harmonische längsovale Form, die reiche Furchengliederung im frontalen und parieto-occipitalen Teil bei massivem, ungegliedertem, primitivem Charakter der vorderen Zentralwindung. Riese glaubt diesen Gegensatz durch die Verschiedenheit der Leistung der motorischen Rinde gegenüber den anderen Teilen begründen zu können. (II. vgl. dies. Zentrlbl. **42**, 1.) *Wallenberg* (Danzig).

D'Ancona, Umberto: I metodi istologici della scuola di Cajal. Appunti di tecnica. (Die histologischen Methoden der Cajalschen Schule.) (*Istit. di anat. comp., univ., Roma.*) Cervello Jg. 4, Nr. 4, S. 211—246. 1925.

Die Arbeit beschreibt ausführlich die 8 hauptsächlichsten Methoden der Cajalschen Schule, und zwar die ursprüngliche Silbermethode mit allen Modifikationen, ferner die Formalin-Uranmethode zur Darstellung des Golgiapparates, der Mitochondrien und der Glia, die Goldsublimatmethode für Glia, die Brom-Formalinmethode für Neuroglia, die besonders für Tumoren geeignete Indazocarmin-Fuchsinmethode, die Silbertanninmethode nach Achúcarro mit ihren Varianten, die Schnellmethode von Tello für Bindegewebe und die Silbercarbonatmethode von Rio-Hortega mit 9 Varianten. Es ist naturgemäß nicht möglich, die Vorschriften im einzelnen hier wiederzugeben, es wäre aber äußerst verdienstlich, wenn eine gleich ausführliche, auf eigene Erfahrung gestützte Gebrauchsanweisung auch in Deutschland erschiene.

F. H. Lewy (Berlin).

Snessarev, P.: Die Methode der Färbung der Glia und einiger Granulationen des Nervensystems. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 271—277. 1925. (Russisch.)

Beschreibung der bekannten Methode von Snessarev zur Färbung der Glia mit May-Grünwald, mit Erfolg auch nach voraufgehender Bearbeitung durch Phosphormolybdänsäure; Differenzierung in Aceton und Xylol. Es werden mehrere Modifikationen angegeben. *M. Kroll* (Minsk).

Normale und pathologische Physiologie.

Herzog, Georg: Experimentelle Zoologie und Pathologie. (*Pathol. Inst., Univ. Leipzig.*) Ergebn. d. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Jg. **21**, Abt. 1, S. 182—370. 1926.

Im ersten Hauptteil, auf den wir hier nicht eingehen können, verknüpft Verf. die aus der experimentellen Zoologie über die Individualentwicklung gewonnenen Erkenntnisse mit den Beobachtungen der Pathologie. Das gleiche geschieht im zweiten Hauptteil in Hinsicht auf die Vererbung. Die Fragestellung geht im wesentlichen dahin, ob die Vorstellungen über Entwicklung, Bau und Leistung der Zellen und Gewebe, wie sie in der Vererbungslehre vielfach als Tatsachen hingestellt und verwendet werden, mit den tatsächlichen Verhältnissen in Einklang zu bringen sind. Ob alle vererbbaren Krankheiten dem Mendelismus zuzurechnen sind, bleibt fraglich. Die groben Kernmonopolvorstellungen können nach den neuen mikroskopischen Beobachtungen an Kern und Protoplasma, auf die Verf. ausführlich eingeht, nicht aufrechterhalten werden. Das Erbgut, das jede Zelle des höheren tierischen Organismus von Vater und Mutter her mitbekommt, denkt sich Verf. von vornherein nicht an die Chromosomen, sondern an die Zellsubstanz gebunden. Zum Beweis zieht er in der Hauptsache die Versuche von Spemann an Tritoneiern heran. Die Geltung der Mendelschen Regeln als allgemeines Fundament für die Geschlechtsvererbung und den „primären groben Geschlechtschromosomenmechanismus" lehnt er in ausführlicher Begründung ab. Die Geschlechtschromosomen sind für die Geschlechtsbestimmung von Bedeutung, aber nicht in dem mechanistischen Sinne der Chromosomenlehre. Zusammenfassend spricht sich Verf. über Entstehung und Prägung des Individuums dahin aus, daß man hier an eine reaktive Angleichung der väterlichen und mütterlichen „bioplastischen

Digitized by Google

Substanz" denken muß. Der bioplastische Stoff ordnet sich in Kern und Protoplasma zur Zelleinheit; geschlossene Entwicklungsfähigkeit zu garantieren, ist dabei höchstes Ziel. Verf. glaubt, daß die Mendelschen Regeln nur einen wichtigen Vererbungstypus darstellen; bei den höheren Tieren müsse außerdem mit anderen, im einzelnen zur Zeit bisher unbekannten Arten von Vererbungsvorgängen gerechnet werden. Ref. möchte hier betonen, daß er aus dem sehr ausführlichen Kapitel über „Experimentell-zoologische Vererbungsforschung und Allgemeines über Vererbungsweisen" nur die wichtigsten und für die Anschauungen des Verf. am meisten bezeichnenden Punkte herausgegriffen hat. Was die Vererbung krankhafter Anlagen beim Menschen betrifft, so nimmt Verf. konsequenterweise Stellung gegen die Neigung „fast aller Autoren", die krankhaften Erbanlagen nur im Sinne mendelnder Gene aufzufassen und die Gene in die Chromosomen zu lokalisieren. Unverständlich erscheint uns, daß Verf. in der menschlichen Erblichkeitsforschung für die Ahnentafelmethode nach Lorenz eintritt. Auch von seinem Standpunkt aus müßte er die Erfassung nur der direkten Aszendenten als ungenügend bezeichnen; denn das Bestehen einer „indirekten" Vererbung, mag man sie nun durch den Mendelismus oder durch andere, bis heute noch unbekannte Vererbungsvorgänge erklären, wird er wohl nicht leugnen wollen. Verf. hebt hervor, daß auch die krankhaften Anlagen — für die Vererbung im allgemeinen zitierte er früher Held — nicht in starrer Vorbildung vorhanden zu denken sind; die Lehre von der Determinierung und den Relationen gilt auch für die pathologische Vererbung, und man sollte, da auch dann eine Reaktion vorliegt, wenn eine fehlerhafte Determinierung geweckt wird, überhaupt von Vererbung krankhafter Reaktionsweisen sprechen. Dies ist richtig, geschieht aber auch von seiten der „Mendelianer", und ganz besonders in der modernen psychiatrischen Erblichkeitsforschung. Auf die Erbkrankheiten im einzelnen geht Verf., wie er selbst sagt, nur in beschränktem Umfang ein. Befremdlich erscheint uns, daß er dabei die psychiatrische Erblichkeitslehre mit keinem Worte erwähnt; denn kein Pathologe, falls er die Geisteskrankheiten nicht rein psychologisch-exogen entstanden wissen will, sondern mit irgendeiner physiologischen und anatomischen Grundlage rechnet, kann unserer Ansicht nach an ihr vorübergehen, wenn er sich mit dem krankhaften Erbgeschehen beim Menschen auseinandersetzt. — Die erblichen krankhaften Zustände teilt Verf. auf Grund der Beziehungen zwischen Entwicklungsmechanik und Pathologie in solche, denen Störungen der Determinierungen zugrunde liegen (z. B. Polydaktylie), und solche, die die Gewebsbildungen an und für sich betreffen (krankhafte erbliche Störungen von Gewebspotenzen, z. B. hereditäre tuberkulöse Disposition). Beim Menschen handelt es sich häufig um polymorphe Vererbung, um eine feine Einspielung der Determinierungen und geweblichen Potenzen aufeinander. Besonders können Konstitutionstypen nicht in einzelne unabhängige Merkmale zerpflückt werden. Gewisse erbliche Krankheiten folgen den Mendelschen Regeln; aber lediglich die Feststellung der Dominanz oder Rezessivität einer Eigenschaft genügt nicht, um die Gültigkeit der Mendelschen Regeln zu behaupten. Die Annahme von Faktorenkoppelung, das Nilsson-Ehlesche Prinzip usw. verlassen den ursprünglichen Geist der Mendelschen Regeln. Die Mendelschen Regeln sind nur der Ausdruck für bestimmte Angleichungen; diese können sowohl bei fehlerhaften Determinierungen als auch bei krankhaften geweblichen Potenzen eintreten. Die Frage der Vererbung erworbener Eigenschaften muß auf Grund exakter Versuche bejaht werden, wenn durch die bisherige phylogenetische Entwicklung die Unterlagen für die neue erwartete Reaktionsweise gegeben sind. Die Anschauungen der Lamarckschen Schule haben nur Geltung im Sinne einer direkten merogenen somatischen Induktion der Keimzellen. Was die Vererbung erworbener Eigenschaften beim Menschen betrifft, so muß man darunter, wie in der experimentellen Zoologie, die hologene und merogene somatische Induktion (Dürken) fassen. Interessant für den Psychiater ist die Ansicht des Verf. über den Zusammenhang von Kropf und Kretinismus: Die Keimzellen, aus denen die zweite (kretinistische) Generation hervorgegangen ist, waren

Digitized by Google

irgendwie vom Soma der ersten (kropfigen) Generation beeinflußt und der hierbei wirkende Einfluß ursprünglich exogen bedingt; besondere konstitutionelle Momente scheinen noch hinzuzukommen. Hier darf Ref. mitteilen, daß gerade die psychiatrische Erblichkeitsforschung sich dieses Problems mit besonderer Liebe angenommen und von zentraler Stelle aus unter staatlicher Subvention die Untersuchung ausgedehnter und vollständig erfaßter Kretinengebiete mit aller wünschenswerten Exaktheit aufgezogen hat. Leider verbietet es die Enge des Raumes, hier das ganze Kapitel der Erblichkeit so zu besprechen, wie es der reiche Inhalt und die Eigenart der darin niedergelegten Anschauungen wünschenswert erscheinen lassen; wir mußten uns auf die Punkte beschränken, die den psychiatrischen Erbbiologen in erster Linie interessieren. Das Buch, das ein lesenswerter, konsequent auf den Standpunkt des Verf. aufgebauter Abschnitt über die Gültigkeit der Abstammungslehre beschließt, zeichnet sich aus durch eine große Fülle des Stoffes, eine reiche, nicht nur zitierte, sondern geistig zu einem organischen Ganzen verarbeitete Literatur, originelle, scharf herausgemeißelte und klar interpretierte wissenschaftliche Überzeugung. Seine Lektüre wird daher auch für denjenigen zu einem großen Genuß, der sich die Anschauungen des Verf. nur in wenigen Punkten zu eigen machen kann. *Luxenburger* (Basel).

Miskolczy, Desiderius: Über die Frühveränderungen der Pyramidenzellen nach experimentellen Rindenverletzungen. (*Hirnforschungsanst., Univ. Budapest.*) Travaux du laborat. de recherches biol. de l'univ. de Madrid Bd. **23**, H. 3, S. 135—156. 1925.

Durch schiefen Einstich in die Gehirnrinde wurden jungen Hunden Verletzungen beigebracht und die entsprechenden Gebiete nach verschiedenen Zeiträumen untersucht. Nach 15 Minuten kann man noch keine reaktiven Äußerungen der Neuronen auffinden. Nach dem Ablauf von einer Stunde bilden sich keulenartige Retraktionskugeln an den zentralen Axonstümpfen, welche während der ersten 24 Stunden immer mehr anwachsen. Bei zweistündigen Verletzungen kann man schon beinahe alle Axon- und Zellveränderungen, welche von Cajal in späteren Stadien entdeckt wurden, wenigstens in ihren Anfangsphasen beobachten, und zwar kollaterale Hypertrophie des Neurits, Typus hirudiformis, Fibrillenspindelbildung des Neurons usw. Die Reaktionsweise und der -grad des Neurons hängen wohl von der Entfernung der Unterbrechungsstelle ab. Das Axon schwillt nach Abstoßung des abgestorbenen, der Wunde nächstliegenden Teiles an, der letzte intakte Kollateral erliegt einer kompensatorischen Hypertrophie. Liegt die Zelle in der Nähe der Wundlippe, so setzen sogleich Degenerationserscheinungen ein, welche teils auf die hohe Axondurchtrennung, teils aber auf die Kommotion bzw. auf die mit der Verwundung verbundenen Zirkulationsstörungen zurückgeführt werden können. In dieser Zone sind gewöhnlich die Neuronen mit „husos fibrillares" mit hyaliner Randzone sowie die vakuolisierten bzw. hyperchromatischen Zellen aufzufinden. Die von ihrem Zelleib abgetrennten Dendriten erliegen einem stürmischen Absterbeprozeß, welcher sich in Vakuolenbildung kundgibt. Viele der hirudiformen Zellen bieten Alterationen dar, welche der Cajalschen fibrillären Hypertrophie bzw. der Alzheimerschen Fibrillenveränderung analog aussehen, was Verf. zu der Überzeugung führte, daß alle diese Erscheinungen als allgemeine, unspezifische Äußerungen der erkrankten Neuronen aufzufassen sind. *A. Jakob* (Hamburg).

Giorgio, A. di, e G. Simonelli: Qualche osservazione sulle manifestazioni motorie di „gatti talamici". (Einige Bemerkungen über die motorischen Leistungen der „Thalamuskatzen".) (*Laborat. di fisiol., univ., Firenze.*) Arch. di fisiol. Bd. **23**, H. 3, S. 443—449. 1925.

Eine Thalamuskatze, die mit den Pfoten an einen Baumstamm angedrückt wird, klettert in exakter Bewegung und unter Benützung der Krallen den Stamm hoch. An der Abgangsstelle eines schief ansteigenden Astes angelangt, klammert sie sich mit den Vorderpfoten fest und sucht an ihm weiterzukommen. Dabei verliert sie aber mit den Hinterpfoten den Kontakt mit dem Stamm und hängt nun an den Vorderpfoten in der Luft. Durch energische Beugebewegungen der Vorderbeine sucht sie

Digitized by Google

hochzukommen und bleibt dann nach einigen vergeblichen Versuchen an dem Aste hängen, bis sie die Kräfte verlassen und sie schließlich auf allen Vieren zur Erde fällt. Die gleiche Katze wird nach Verlängerung der Trachealkanüle durch einen Gummidrain in einen Teich getaucht. Sie macht zunächst Schüttelbewegungen mit dem Kopf, sobald aber das Wasser an die Schnauze heranspült, beginnt sie regelrecht zu schwimmen und hält dabei Kopf und einen Teil des Halses über Wasser. Mit zunehmender Ermüdung sinkt sie immer tiefer ein, beugt aber dabei den Kopf immer mehr dorsalwärts, so daß die Schnauze, schließlich senkrecht stehend, immer noch über dem Wasserspiegel bleibt. Vollständig unter Wasser getaucht, stellt das Tier, obwohl es durch die Kanüle mit der freien Luft in Verbindung steht, die Atmung ein; herausgezogen, beginnt es sofort mit einer tiefen Inspiration wieder die Atmung. Entgegen Luciani, der die Schwimmbewegungen mit den Laufbewegungen identifizierte, weisen die Autoren darauf hin, daß sich beim Schwimmen zu den Laufbewegungen noch andere Mechanismen gesellen, die darauf eingestellt sind, die Nasenöffnungen über Wasser zu halten. Die Schwimmbewegungen beginnen erst, wenn das Wasser an die Schnauze reicht und die Körperhaltung des Tieres hängt ab von der Tiefe, bis zu welcher der Körper in das Wasser eintaucht. *Ed. Gamper* (Innsbruck).

Anitschkow, N.: Experimentelle Untersuchungen über die Gehirnanämie. Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **49**, H. 1/3, S. 45—62. 1926.

Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen: 1. Bei der unvollständigen Gehirnanämie, — die durch Offenlassen der Carotis dextr. oder A. subclavia bei Unterbindung der drei übrigen Arterien erreicht wurde — sowie in der postanämischen Periode werden beim Kaninchen Lähmungs- sowie Erregungserscheinungen an verschiedenen Gehirnzentren beobachtet. 2. Das Atemzentrum wird während der ganzen Periode der unvollständigen Gehirnanämie, falls sie einen erheblichen Grad erreicht, mehr oder weniger stark erregt. Nach Wiederherstellung der Blutströmung tritt eine vorübergehende Apnöe ein, wonach wieder eine lange Periode verstärkter Atmung erfolgt. 3. Das Vasoconstrictorenzentrum wird erregt, und die von ihm ausgehenden Impulse zeigen einen deutlichen periodischen Charakter. In der postanämischen Periode wird es zunächst gelähmt, dann wieder erregt. 4. Das Zentrum der Hemmungsfasern des Herzens wird im Laufe der Gehirnanämie periodisch erregt, zeigt aber öfter erst in der postanämischen Periode langdauernde starke Erregungserscheinungen. 5. In einem Falle gelang es, — nach Verlagerung und Aa. carot. und Unterbindung aller übrigen Arterien — durch unblutige Kompression der beiden Carotidien wiederholte (24) Anfälle von Gehirnanämie von $1^1/_4$—$1^1/_2$ Minuten zu erzeugen, die jedes Mal mit typischen schweren Erscheinungen einhergingen, aber ohne dauernde Folgen blieben. *Walter* (Rostock-Gehlsheim).

Adrogué, Esteban, y Manuel Balado: Die Pupille und der erhöhte Hirndruck. (*Inst. de clin. quir. y de fisiol., univ., Buenos Aires.*) Rev. de la asoc. méd. argentina Bd. **38**, Nr. 233, S. 252—267. 1925. (Spanisch.)

Um die Einwirkung des erhöhten Hirndruckes auf die Pupillenweite zu prüfen, stellten Verff. 2 Versuche an. 1. Beim chloroformierten Hunde wurde durch ein Bohrloch vermittelst einer Spritze Flüssigkeit in den Subarachnoidealraum eingeführt. Vom ersten Augenblicke an Bradykardie und Blutdruckerhöhung — gemessen an einer in die Carotis eingeführten Kanüle —, beim Erreichen eines gewissen Druckes Aufhören von Puls und Atmung sowie Erweiterung der vorher stark verengten Pupillen. Bei Druckabnahme wieder Miosis. Bei Wiederholung war zur Herbeiführung der Pupillenerweiterung jedesmal ein größerer Druck notwendig. 2. Beim chloroformierten Hunde wird die eine Gehirnhälfte freigelegt und hochgehoben, so daß vor allem der Opticus samt Chiasma und der Oculomotorius sichtbar gemacht wird. Außerdem wird am Halse der Sympathicus und die Carotis freigelegt; in letztere wird eine Kanüle eingeführt. Vor dem eigentlichen Versuche werden die pupillenverengernden und -erweiternden Mechanismen auf ihre Funktion geprüft: das erweiternde Zentrum von Karplus und Kreidl im Hypothalamus, der Oculomotorius und der Sympathicus. Sodann wird

Digitized by Google

vermittelst Balkenstiches eine Hohlnadel in den Ventrikel eingeführt, die mit einer Spritze sowie mit einem Manometer in Verbindung steht. Die durch diese Hohlnadel eingeführte phys. Kochsalzlösung füllt und erweitert vor allem den Ventrikel der freigelegten Seite. Bei Beginn der Drucksteigerung Erweiterung der gleichseitigen Pupille, während die andere Verlust der consensuellen bei Erhaltensein der direkten Lichtreaktion zeigt. Bei weiterer Zunahme des Drucks Erweiterung beider Pupillen, aber immer stärker auf der stärker gefüllten Seite. Zur Erzielung der Pupillenerweiterung ist nur geringer Druck nötig. Keine Puls- oder Atmungsstörungen. Entleerung der Ventrikelflüssigkeit durch Einschnitt führt zu Verengerung der Pupillen und zum Wiedererscheinen der consensuellen Lichtreaktion. Da die Erweiterung der Pupillen auch bei Durchschneidung des Sympathicus bestehen bleibt, ist sie nicht auf Reizung dieses Nerven oder des hypothalamischen Zentrums, sondern auf Hemmung des Oculomotorius zurückzuführen. — Die Versuche ergeben die Unhaltbarkeit der Annahme, daß die bei pathologisch gesteigertem Hirndrucke auftretende Pupillenerweiterung auf direkter Schädigung des Oculomotorius beruht. In solchen Fällen ergab die anatomische Untersuchung Unversehrtheit dieses Nerven. Es handelt sich vielmehr um eine Hemmungswirkung auf das Oculomotoriuszentrum. Die Pupillenerweiterung bei erhöhtem Ventrikeldruck ist maximal und verschwindet nicht im Schlafe; sie entspricht bei Einseitigkeit der Seite des höheren Hirndruckes und geht auch bei Doppelseitigkeit nicht — wie bei subarachnoidealer Drucksteigerung — mit Puls- und Atmungsstörungen einher. *Reich* (Breslau).

Gabbe, E.: Über die Entstehung der Insulinkrämpfe. Verhandl. d. physikal.-med. Ges., Würzburg Bd. **49**, Nr. 3, S. 128—135. 1924.

Versuche an Temporarien im Winter, teilweise auch im Sommer, ergaben eine außerordentlich große Unempfindlichkeit gegenüber Insulin. Auf das Gewicht berechnet treten erst bei der 20fachen Kaninchendosis, also etwa bei einer Einheit, bei einem mittelschweren Frosch, Krämpfe auf, jedoch erst 1—3 Tage nach der Injektion. Mitunter erholen sich die Tiere wieder spontan, oft gehen sie unter wiederholten Krämpfen nach 4—6 Tagen zugrunde. Dekapitieren beeinflußt die Krämpfe nicht, dagegen lassen sie sich durch Zerstörung des Rückenmarks fast völlig beseitigen. Dafür, daß die Krämpfe in erster Linie vom Rückenmark ausgehen, spricht ferner das Bestehen einer zentral erhöhten Reflexerregbarkeit. Daneben ist aber auch die Muskulatur übererregbar und neigt zu fibrillären Zuckungen. Auf die Krämpfe folgt oft ein Lähmungsstadium, in dem die Muskeln vom Rückenmark aus nicht mehr erregbar sind. Alle Erscheinungen lassen sich durch Zuckerinjektionen beseitigen. Merkwürdigerweise findet man 2—4 Tage nach der Insulininjektion, wenn die Krämpfe auftreten, noch normale oder leicht erhöhte Blutzuckerwerte, erst im Lähmungsstadium sinkt er auf 45% der Norm. Während der Krämpfe tritt natürlich eine mit der Gaskette bestimmte Acidosis auf, im Lähmungsstadium schwanken die Werte stark. Hält man den Frosch vor dem Versuch bei höherer Außentemperatur, so läßt sich der ganze Ablauf wesentlich beschleunigen und ähnelt mehr den Erscheinungen am Warmblüter. Verf. ist der Ansicht, daß neben der Hypoglykämie Änderungen des intermediären Eiweißstoffwechsels für das Auftreten der Krämpfe verantwortlich zu machen seien. *Fritz Laquer* (Oss, Holland).

Baló, József: Über die Beziehungen des Herpes simplex zur epidemischen Encephalitis mit besonderer Rücksicht auf die Ätiologie. Magyar orvosi arch. Bd. **26**, H. 6, S. 441—465. 1925. (Ungarisch.)

In den seit 1920 in Budapest beobachteten Encephalitis epidemica-Seuchen hat Baló 15 mal versucht, den Erreger der epidemischen Encephalitis durch intracerebrale Impfungen auf Kaninchen zu übertragen. Dennoch ist es nicht in einem einzigen Falle gelungen, einen Encephalitis-Stamm zu gewinnen. Es ist ohne Mühe gelungen, durch die Überimpfung von dem Inhalte der Herpes febrilis-Bläschen auf die Hornhaut des Kaninchens mehrere Herpes-Stämme zu erhalten. Einer von diesen zeigte eine besondere Affinität zum Nervensystem und verursachte fast in jedem Falle eine herpetische Encephalitis. Wenn wir die Verhältnisse der Isolierung und die Eigenschaften der bisher aus der Literatur bekannten Encephalitisstämme betrachten, so können wir wohl zweifeln, ob alle diese Stämme überhaupt den Erreger der Encephalitis darstellen. Die herpetische Encephalitis ist histologisch verschieden von der epidemischen Encephalitis des Menschen. So ist die epidemische Encephalitis hauptsächlich eine Er-

Digitized by Google

krankung von Medulla oblongata, Pons und basalen Hirnganglien, dagegen sind die histologischen Veränderungen im Laufe der herpetischen Kaninchenencephalitis auf den Gyrus hippocampi und auf seine Umgebung beschränkt. Das Kaninchen zeigt nach dem Überstehen der herpetischen Keratitis eine Immunität gegen intracerebrale Impfung mit Herpesmaterial. Diese Immunität besteht gegenüber verschiedenen Herpesstämmen gegenseitig. Nach dem Überstehen einer cornealen und danach einer intracerebralen Impfung enthält das Serum des Kaninchens gewisse Substanzen, die das Herpes Virus neutralisieren können. Die Tatsache, daß das Serum und die Cerebrospinalflüssigkeit von Patienten, die die epidemische Encephalitis überstanden haben, den Herpes Virus nicht in der Weise neutralisiert wie das Serum von Kaninchen, welche die herpetische Infektion überstanden haben, spricht dafür, daß der Erreger von epidemischen Encephalitis sich serologisch von dem Erreger des Herpes febrilis unterscheidet. Wegen der Unterschiede, welche in der Lokalisation der histologischen Veränderungen und serologisch bestehen, ist es nicht zutreffend, den Erreger der epidemischen Encephalitis und Herpes febrilis für identisch zu halten. *Karl Hudovernig* (Budapest).

Remlinger et J. Bailly: Sur quelques modes d'inoculation du virus herpétique. (Über einige Arten der Inokulation des Herpesvirus.) (*Inst. Pasteur, Tanger.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 30, S. 983—986. 1925.

1. Intraperitoneale Inokulation: 2 mit einer dicken Herpesemulsion behandelte Kaninchen erkranken typisch und sterben an Encephalitis, die in Passage übertragbar ist. Von 2 mit einer dicken Gehirnemulsion (Encephalitis herpet.) intraperitoneal geimpften Kaninchen erkrankt 1 typisch an Encephalitis und stirbt. 2. Injektion in die Zungenmuskulatur: von 2 Tieren erkrankt und stirbt 1 an typischer Encephalitis. 3. Intratesticuläre Injektion: nach Einspritzung einiger Tropfen einer Herpesemulsion treten in 6 Tagen Paraplegie der unteren Extremität, dann Incontinentia urinae, dann Lähmung der oberen Extremitäten (ascendierender Typus) auf, am 11. Tage Exitus. Eine Emulsion des atrophischen und nekrotischen inokulierten Hodens wird subdural einem Kaninchen injiziert: typische Encephalitis (von 5 Tieren 2 positiv). 4. Intravenöse Injektion: Marginalvenen, nach 10 Tagen Exitus an typischen Encephalitiserscheinungen, Passagen. 5. Instillation in die Bindehaut einiger Tropfen einer cerebralen Emulsion eines an Encephalitis herpet. gestorbenen Kaninchens bei 2 Kaninchen: beide sterben an in Passagen übertragbarer Encephalitis. 6. Intranasale Inokulation nach Auswischen der Schleimhaut: Exitus, Encephalitis, Passagen. 7. Instillation ohne Verletzung der Schleimhaut: von 2 Tieren stirbt 1, Passagen positiv. *E. Paschen* (Hamburg).°°

Remlinger, P., et J. Bailly: Sur les formes cliniques de l'encéphalite herpétique du lapin. (Über die klinischen Formen der herpetischen Encephalitis des Kaninchens.) (*Inst. Pasteur, Tanger.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 31, S. 1071 bis 1074. 1925.

Es können 4 Formen unterschieden werden: 1. foudroyante Form mit geringen Symptomen, 2. larvierte Form, 3. paralytische Form, 4. kachektische Form. 1. wird hauptsächlich bei Passagevirus beobachtet. Das Tier stirbt am Beginn des 3. Tages oder sogar am Ende des 2. Tages ohne andere Symptome als eine erhöhte Temperatur, Appetitlosigkeit, Dyspnöe. 2. Die klassischen Symptome sind gleichzeitig in der Zahl verringert und in ihrem Auftreten abgeschwächt. Leichte Salivation, unsichere bis Manegebewegung, 1—2 Stunden später kann das Tier schon tot sein. Manchmal gar keine Erscheinungen —, abgesehen von der Temperatur, nicht einmal Salivation. Unter Umständen gibt nur eine Übertragung auf ein anderes Tier Aufschluß. 3. Paralytische Form: Es gibt eine Form von Encephalitis herpetica, die absolut frei von Excitationszeichen ist: Sie verläuft unter dem Landryschen Syndrom. 4. Kachektische Form: Einige Tage nach der Inokulation magert das Tier ab, es frißt wenig, ist indifferent und somnolent. Der Tod tritt in voller Kachexie ein. Es besteht also eine große Ähnlichkeit zwischen Encephalitica herpetica und der Lyssa. *E. Paschen* (Hamburg).°

Remlinger, P., et J. Bailly: Transmission de la névraxite herpétique au lapin par les voies sous-cutanée et intra-dermique. (Übertragung der herpetischen Encephalitis auf

Digitized by Google

das Kaninchen durch subcutane und intracutane Wege.) (*Inst. Pasteur, Tanger.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 32, S. 1142—1144. 1925.

Die meisten Autoren haben bei subcutaner Injektion mit den verschiedenen Herpesvira keine Erfolge erzielt. Verff. haben mit ihrem Virus marocain keine Schwierigkeiten gehabt; vielleicht haben sie kleinere Tiere benutzt, vielleicht haben sie größere Mengen injiziert.

1. Subcutane Injektion: 5 Versuchsreihen. Beispiel: Der 3. Teil des Gehirns eines an Encephalitis gestorbenen Kaninchens wird in 40 ccm Wasser aufgeschwemmt und drei Kaninchen subcutan injiziert; am 8. Tage Injektion wiederholt; am 11. Tage beginnt bei einem der Kaninchen das bekannte Bild der Encephalitis mit Speichelfluß, am 15. Tage Exitus. In 4 weiteren Versuchsreihen erkranken bei derselben Technik alle Kaninchen typisch. Auf die intradermale Impfung dicker Emulsion von Herpesvirus folgte regelmäßig typische Encephalitis. *E. Paschen* (Hamburg).

Remlinger, P., et J. Bailly: Transmission de l'encéphalite herpétique au chat. (Übertragung der Encephalitis herpetica auf die Katze.) (*Inst. Pasteur, Tanger.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 33, S. 1217—1220. 1925.

Die bisherigen Übertragungsversuche von Enceph. herpetica auf die Hornhaut der Katze sind erfolglos geblieben. Verff. haben ausschließlich intracerebrale Inokulationen nach Trepanation ausgeführt; sie haben dabei größere Mengen (1 ccm konzentrierte Emulsion des marokkanischen Virus) eingespritzt und bei 24 Inokulationen 7 mal Encephalitis erhalten, 1 Fall ist geheilt. Beschreibung der Versuche: bei allen kehrt das typische Krankheitsbild wieder, beginnend mit dem Speichelfluß; Manegebewegungen, Lähmungen, Krämpfe, choreiforme Bewegungen, Hyperästhesie des Nackens. Die Krallen sind vollständig abgeschliffen infolge der Reibung an dem zementierten Boden bei den klonischen Erschütterungen. Der Tod tritt nach 2—3 Krankheitstagen auf. Passagen durch Kaninchen und Katzen sind positiv. *E. Paschen* (Hamburg).

Picard, Hugo: Zur epidemischen Natur der Poliomyelitis anterior: Experimentelle und spontane Übertragung auf Affen und Meerschweinchen. (*Chir. Univ.-Klin., Charité, Berlin.*) Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. **105**, H. 2, S. 307—316. 1925.

Mitteilung von Untersuchungsergebnissen über den Heilwert der diathermischen Behandlung von Poliomyelitis anterior. Zunächst vorgenommene Übertragungsversuche des Virus auf Affen durch intracerebrale Verimpfung von Lumbalflüssigkeit frisch erkrankter Kinder und durch ebensolche bzw. intralumbale Injektion von Spülflüssigkeit aus Nase und Mund führten nur zu uncharakteristischen Lähmungsbildern mit motorischer Unruhe; durch Einreiben des Zentrifugates von Spülflüssigkeit auf die Nasenschleimhaut nach vorheriger Scarifizierung konnten pathologisch erkennbare Erscheinungen überhaupt nicht festgestellt werden. Erst in einer vierten Versuchsreihe gelang die intracerebrale Verimpfung von poliomyelitischem Rückenmark von Affen bei 2 Tieren, von denen eins am 3. Tage nach Ausbruch der Erkrankung verstarb; bei dem überlebenden, vollständig gelähmten Tiere wurden die therapeutischen Diathermieversuche durchgeführt, die nach einiger Zeit eingestellt werden mußten, ohne daß sich entscheiden ließ, ob die beobachteten geringen Restitutionsvorgänge der Diathermiewirkung zuzuschreiben waren. Gelegentlich dieser Versuche wurde eine spontane Übertragung der Poliomyelitis auf Meerschweinchen, die sich in demselben Raum wie die Affen befanden, festgestellt. Diese Meerschweinchenpoliomyelitis konnte auf experimentellem Wege weitergeimpft werden; sie ähnelt histologisch der menschlichen und Affenpoliomyelitis. *Bierotte* (Potsdam).

Mutermilch, S., et S. Nicolau: Séro-diagnostic de la syphilis expérimentale du lapin. (Serodiagnostik der experimentellen Syphilis des Kaninchens.) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 37, S. 1497—1498. 1925.

Verff. haben bei experimenteller Syphilis vergleichende Untersuchungen angestellt mit der Wassermann- und der Meinicke-Reaktion. Dabei zeigte sich, daß letztere Reaktion weit zuverlässigere Resultate gibt als erstere, insofern sie nur positiv war bei Tieren, die mit menschlicher Lues geimpft waren und zwar schon in einem sehr frühen Stadium, noch ehe äußere Zeichen von Lues bestanden, nicht aber bei Tieren, die mit Kaninchenspirochäten infiziert waren. *Pette* (Hamburg).

Digitized by Google

Reisch, Otto: Zur Kenntnis der übernormalen Phase des Schluckzentrums nach Ablauf einer Schluckwelle. (*Physiol. Inst., Univ. Innsbruck.*) Zeitschr. f. Biol. Bd. **83**, H. 5/6, S. 557—562. 1925.

Im Anschluß an die Versuche Isayamas (vgl. dies. Zentrlbl. **41**, 457) wurden an Kaninchen durch Reizung des N. laryngeus sup. Schluckwellen ausgelöst, denen während der übernormalen Phase des Schluckzentrums eine zweite reflektorisch ausgelöste Welle nachgeschickt wurde. Es zeigte sich, daß diese zweite Welle in ihrem Ablaufe durch die übernormale Phase gefördert wird; sie ist meist kräftiger und läuft rascher und über eine längere Strecke des Oesophagus ab als die erste Welle. Es handelt sich offenbar um eine Förderung des intrazentralen Erregungsablaufes an den Synapsen, also vielleicht um die Verringerung eines normalerweise bestehenden intrazentralen Dekrements der Erregungsleitung. *v. Brücke* (Innsbruck).°°

Nasaroff, N. N.: Über Alkoholinjektionen in Nervenstämme und pathologisch-anatomische Veränderungen in den Nerven, veranlaßt durch die Einspritzungen. (*Chir.-propädeut. Klin. u. pathol.-anat. Inst., Univ. Saratow.*) Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 49, S. 2777—2779. 1925.

Verfasser hat 0,5 ccm 70proz. Alkohol bei Kaninchen und Hunden in den freigelegten N. ischiadicus mit feiner Kanüle injiziert und die Veränderungen nach 2 bis 30 Tagen untersucht. Völlige Lähmung wurde danach nie beobachtet, nur Paresen. Nach 2 Wochen war der Achsenzylinder vollständig aufgelöst, die Markhülle zeigte kleinscholligen Zerfall, gleichzeitig zeigten sich bedeutende Bindegewebsveränderungen mit Neubildung von Capillaren. Ähnliche Befunde waren schon von Finkelnburg, Brissaud und Sicard, Frankenthal erhoben worden. Verfasser kommt auf Grund klinischer Beobachtungen und seiner mikroskopischen Untersuchungen zu dem Schluß, daß die Alkoholinjektionen in die Nervenstämme oft gute therapeutische Resultate ergeben. Sie besitzen gegenüber der Operation den Vorteil der Einfachheit und des geringeren traumatischen Eingriffes. *W. Alexander* (Berlin).

Kleist, K.: Die einzeläugigen Gesichtsfelder und ihre Vertretung in den beiden Lagen der verdoppelten inneren Körnerschicht der Sehrinde. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Frankfurt a. M.*) Klin. Wochenschr. Jg. **5**, Nr. 1, S. 3—10. 1926.

Der interessante Aufsatz des Verf. knüpft an die Arbeiten von Minkowski (Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie **6** und **7**. 1920 und vgl. dies. Zentrlbl. **29**, 5) über die Endigung von gekreuzten und ungekreuzten Sehnervenfasern im Corpus geniculatum externum an; nach dem Ergebnis derselben bewirkt die Enucleation (oder das Fehlen) eines Auges bei der Ziege, der Katze, beim Affen und Menschen sekundäre Veränderungen in verschiedenen, und zwar rechts und links alternierenden Teilen bei der Corpora geniculata externa, so daß jene Teile, die im gekreuzten Corp. gen. ext. atrophisch werden, im gleichseitigen normal bleiben und umgekehrt. Mit dieser Trennung hängt der schichtenförmige Bau des Corp. gen. ext. bei höheren Säugetieren und beim Menschen zusammen; beim Affen und Menschen endigen die gekreuzten Sehnervenfasern in den peripheren und intermediär-peripheren, die ungekreuzten in den zentralen und intermediär-zentralen Schichten des Corp. gen. ext., wobei es sich um zwei geschlossene ineinandergefaltete Zellkomplexe handelt, die durch Marklamellen voneinander getrennt sind. Von diesen Voraussetzungen aus und unter besonderer Berücksichtigung der Tatsache, daß Läsionen des Occipitallappens (speziell auch bei Kriegshirnverletzungen dieser Region) sehr oft inkongruente Skotome in den Gesichtsfeldern beider Augen hervorbringen (Axenfeld, Poppelreuter, Kaltwasser, Best, Kleist u. a.), wobei diese Inkongruenz sich weder durch die funktionelle Begünstigung der weiteren temporalen Gesichtsfeldpartie gegenüber der engeren nasalen noch durch Untersuchungsfehler, Unaufmerksamkeit, Ermüdung, gleichzeitige Verletzung des Tractus opticus oder Stauungspapille erklären läßt, nimmt Verf. (wie seinerzeit Minkowski) an, daß auch in der Sehrinde (Area striata) zwei getrennte Zellgebiete bestehen, die in derselben Calcarinaregion als Aufnahmestätten der Erregungen beider korrespondieren-

Digitized by Google

den Retinahälften wirken; er hält es ferner für fast selbstverständlich, daß die beiden Lamellen der nur in der Area striata verdoppelten inneren Körnerschicht (d. h. die Lamina granularis interna superficialis einerseits und die Profunda anderseits, die durch die Schicht der sternförmigen Zellen von Ramon y Cajal und des Vicq d'Azyrschen Streifens voneinander getrennt sind) diesen beiden corticalen Aufnahmestätten entsprechen, und zwar so, daß die breitere untere Lage der Granularis interna profunda dem gegenseitigen Auge, die obere schmälere der Gran. int. superficialis dem gleichseitigen Auge zugeordnet ist. Dafür spricht nicht nur die Tatsache, daß der Tractus opticus mehr gekreuzte als ungekreuzte Sehnervenfasern in sich schließt und dementsprechend auch im Corp. gen. ext. der Anteil der gekreuzten Fasern größer ist als der der ungekreuzten, sondern auch der größere funktionelle Leistungswert der phylogenetisch älteren gekreuzten Fasern gegenüber den ungekreuzten (nach Versuchen von Wessely, Köllner, Birnbacher und Hess). Diesen Umstand hebt Verf. (ähnlich wie neuerdings auch Henschen, Trav. du lab. de recherches biol. de Madrid **23**. 1925) gegenüber Bárány hervor, der in rezepten Publikationen über die gleiche Frage (Journ. f. Psychiatrie und Neurol. **31**. 1925, vgl. dies. Zentrlbl. **41**, 150; Ref.) gerade wegen der Ungleichheit beider Körnerlagen ihre Zuordnung zu den einzeläugigen Gesichtsfeldhälften, an die er ursprünglich gedacht hatte, wieder ablehnt und für logischer hält anzunehmen, daß der breitere untere Streifen der inneren Körnerschicht (die Lamina granul. int. profunda) die Repräsentation beider nebeneinandergelagerten Gesichtsfelder enthält, während der schmälere obere Körnerstreifen (die Lamina gran. int. superf.) ein Mischfeld darstellt, in welchem die beiden monokularen Erregungen zur Vereinigung gelangen. (Anderseits muß doch bemerkt werden, daß wenigstens beim Affen und Menschen die Zahl der gekreuzten Sehnervenfasern nicht viel größer ist als die der ungekreuzten, und daß namentlich im Corp. gen. ext. die beiden Repräsentationsfelder für gekreuzte und für ungekreuzte Fasern nur wenig — schätzungsweise höchstens um 10—20% — voneinander differieren, während die Lamina granularis int. superficialis an manchen Stellen der Sehregion außerordentlich schwach entwickelt sein oder selbst ganz fehlen kann [besonders im Boden der Fissura calcarina ist das öfters der Fall] und sich überhaupt von der darüberliegenden Pyramidenschicht vielfach nur schwer differenzieren läßt; Ref.) Seine Annahme glaubt Verf. ferner durch den Umstand gestützt, daß nur solche Tiere eine doppelte innere Körnerschicht haben, deren Gesichtsfelder sich ähnlich wie beim Menschen in erheblichem Maße decken, und deren Augen mehr nach vorn stehen, wie z. B. beim Menschen und Affen, aber auch beim Känguruh und beim Seehund, während die kleineren Nagetiere mit ihren seitlich gerichteten Augen und ganz kleinen Decksehfeldern nur eine einfache, aber verbreiterte innere Körnerschicht aufweisen (Brodmann). Schwierigkeiten bereiten in dieser Beziehung nur die Karnivoren (wie z. B. Katze und Hund), bei denen das Corp. gen. ext. ebenfalls schichtenweise aufgebaut ist und die einzelnen Schichten teilweise gekreuzte, teilweise ungekreuzte Sehnervenfasern aufnehmen (Minkowski), während die Area striata nur eine innere Körnerschicht besitzt (Brodmann); indessen ist letztere doch verbreitert und zeigt eine dichtere untere und eine breitere lockere obere Körnerlage, in der sich der Gennarische Streifen befindet; auch liegt hier vielleicht eine untere Stufe des binokularen Sehens (im Verhältnis zum Affen und Menschen) vor. — Verf. erörtert dann verschiedene Befunde über Veränderungen der Calcarinarinde nach ein- oder doppelseitiger Erblindung (Cramer, Berger, Lenz, Henschen, v. Leonowa u. a.) und sucht sie mit seiner Auffassung in Einklang zu bringen. Zum Schluß setzt sich Verf. nochmals mit der Meinung von Bárány auseinander; er macht namentlich dagegen geltend, daß die untere Lage der inneren Körnerschicht keinerlei Gliederung erkennen läßt, die auf zweierlei in ihr enthaltene Leistungen hinwiese, und daß es ferner baulich ebensowenig begründet ist, der oberen Körnerlage der Calcarina, die ähnlich wie die untere gebaut ist, eine ganz andere Leistung, nämlich die eines Mischfeldes, zuzuschreiben, während eine derartige Annahme mit Bezug auf die zwischen

Digitized by Google

beiden Lagen der Körner liegende Schicht der sternförmigen Zellen und des Gennarischen Streifens besonders anhe zu liegen scheint. — Wenn Verf. zuletzt die Meinung äußert, daß eine definitive Entscheidung über Richtigkeit oder Unrichtigkeit dieser Theorie erst durch neue und neuzeitliche Untersuchungen über die Sehrinde von langjährig auf einem Auge erblindeten Menschen und ähnliche experimentelle Untersuchungen (besonders am Affen), ferner auch durch umfangreichere vergleichend-anatomische Untersuchungen über das Verhalten der inneren Körnerschicht bei verschiedenen Tieren mit verschiedenen Augenstellungen (und verschiedenem Bau des Corp. gen. ext.; Ref.) zu erbringen sein wird) wobei auch das Studium der Verteilung von sekundären Degenerationen nach Läsionen der Sehrinde, bzw. der Sehstrahlung über die einzelnen Schichten des Corp. gen. ext., wie es Ref. l. c. begonnen hat, fortzusetzen ist), so wird man dem ohne weiteres zustimmen können. Das war auch der Grund, warum Ref. sich in seinen Publikationen auf mehr allgemeine, aber in ähnlicher Richtung gehende Schlußfolgerungen beschränkt hat, indem er unter Ablehnung der Theorie der Fascikelfeldermischung von Wilbrand und Saenger darauf hinwies, daß die Repräsentationsfelder für die gekreuzten und die ungekreuzten Elemente auch im Cortex besondere Felder bilden dürften, die nicht zusammenfallen, und daß die Verknüpfung beider monokular ausgelösten Erregungsvorgänge, die sehr ähnlich, aber nicht identisch sind, zu einem einheitlichen binokularen Gesichtseindruck sich erst im Cortex, wahrscheinlich zunächst in der Area striata selbst, abspielen dürfte, wobei die Area striata bemerkenswerterweise gerade in ihrem charakteristischen Bestandteil — dem Vicq d'Azyrschen Streifen — ein besonders mächtiges Assoziationsfasersystem besitzt. *M. Minkowski* (Zürich).

Henschen, S. E.: Mémoire sur la base anatomique de la vision mono- et binoculaire. Remarques critiques à propos de la nouvelle hypothèse de M. R. Bárány. (Tatsachen der anatomischen Basis des mono- und binokulären Sehens; kritische Bemerkungen zu der neuen Hypothese von Barany.) Travaux du laborat. de recherches biol. de l'univ. de Madrid Bd. **23**, H. 3, S. 217—235. 1925.

Henschen stellt die bekannte anatomische Tatsache über den Bau und die intraarealen und intraneuralen Verbindungen der Calcarinaformation in kritischer Beleuchtung zusammen und weist die Hypothese von Bárány zurück. Sie widerspreche zum Teil gut fundierten anatomischen Tatsachen, zum Teil stütze sie sich auf Annahmen, für die ein anatomischer Beweis noch völlig aussteht. *A. Jakob.*

Hofmann, F. B.: Über die Lösung von Konvergenz und Akkommodation. (*Physiol. Inst., Univ. Berlin.*) Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. 58, H. 1/2, S. 42—57. 1925.

Zusammenfassende Darstellung älterer und neuerer Versuchsergebnisse, die am Heringschen Haploskop gewonnen wurden. Bei der Lösung von Konvergenz und Akkommodation zeigen sich ähnliche Erscheinungen wie bei den Fusionsbewegungen, die durch gegensinnige Rollung und Vertikaldifferenz der Gesichtslinien charakteristisch sind. So wird sowohl bei Lösung von Konvergenz und Akkommodation ebenso wie bei den „eigentlichen Fusionsbewegungen" („Fusionseinstellung" im Sinne Hofmanns) die neugewonnene Einstellung um so fester, je länger der Fusionszwang besteht. Ein Unterschied aber besteht darin, daß die Fusionsbewegung selbst nach langer Übung nur ganz allmählich und mit großer Schwierigkeit vor sich geht, während sich die Lösung der Akkommodation von der Konvergenz nahezu momentan zu vollziehen scheint. Interessant ist der Hinweis auf die Ähnlichkeit des langsamen Abklingens der Fusionseinstellung mit dem Nachwirken einer Willkürinnervation der Skelettmuskulatur, einer Erscheinung, die als Kohnstammsches Phänomen bekannt ist. Indes sind die Erklärungen, die für diese Erscheinung gegeben worden sind, hier nicht anwendbar, weil bei dem Vorgang der Lösung von Akkommodation und Konvergenz Willküreinflüsse nicht geltend sind. H. denkt deshalb an den Einfluß zentraler Erregungen, die von subcorticalen Zentren — Hirnstamm — kommen und die tonische Dauereinstellung der Augen mit bedingen könnten. *Stein* (Heidelberg).

Digitized by Google

Ribas, Valero: Über die symmetrischen Augendrehungen. Arch. de oft. Bd. 25, Nr. 300, S. 649—688. 1925. (Spanisch.)

Verf. unterscheidet physiologisches und pathologisches Doppeltsehen. Bei dem ersten werden die Bilder im Raume an einen anderen Ort verlegt als der sie erzeugende Gegenstand; es besteht ein Fehler in der Tiefenlokalisation (falsche Lokalisation). Bei dem pathologischen Doppeltsehen besteht ein Fehler in der Projektion, die Exteriorisation findet nicht in der Richtung der Sehachsen statt, dabei besteht pathologisches Doppeltsehen nicht nur auf Grundlage krankhafter Veränderungen. Hinweis auf das Bestehen einer physiologischen Heterophorie für bestimmte Blickrichtungen (z. B. starke Hebung). Bezüglich des körperlichen Sehens schließt sich Verf. Diaz Caneja an und glaubt, daß sie auf der Verschmelzung geometrisch nicht identischer Punkte beruht. Das Gesichtsfeld ist in exzentrische monokulare Teile und einen annähernd kreisförmigen binokularen Teil zu unterstellen; der letztere weist ein einfaches binokulares Sehen ohne Körperlichkeit auf und nur ein kleiner zentraler Teil besitzt binokulares stereoskopisches Sehen. Dieser Teil ist nicht viel größer als die Macula, und hier können auch nicht identische Punkte zur Verschmelzung gebracht werden, wenn sie nur in derselben Horizontalen liegen. Den Mittelpunkt bildet der binokulare Fixationspunkt. Einteilung der Rollbewegungen in parallele (gleichnamige oder identische) und symmetrische, positive und negative Rollungen. Es werden die Versuche mit Halbbildern von Donders zur Analyse verwendet. Bei Betrachtung der Mitte einer horizontalen Geraden und Senkung des Kopfes (Hebungen der Blicklinien) heben sich die peripheren Enden der Teilbilder, bei Hebung des Kopfes (Senkung der Blicklinien) senken sie sich. Im 1. Falle symmetrische Rollung der Augen mit Auseinanderweichen der oberen Enden der Netzhautmeridiane, im 2. Falle entgegengesetztes Verhalten. Verf. bezeichnet das hierbei auftretende Doppeltsehen als pathologisch. Gleicher Versuch bei Betrachtung der Mitte einer vertikalen Geraden. Es entsteht kein Doppeltsehen: die Linie erscheint mit dem oberen Ende vom Beobachter weggeneigt zu sein. Diese Erscheinung kann auf eine Veränderung der Lage des Hoopters beruhen. Als Erklärung ist der erste Versuch heranzuziehen, aus welchem eine Rollung der Augen bei Hebung oder Senkung der Blicklinien abzuleiten ist. Bei der Senkung der Blicklinien ist eine symmetrische Rollung der Netzhäute erfolgt, so daß die Bilder der beobachteten Vertikalen nicht auf die ursprünglich Vertikalen der Netzhaut fallen. Infolge der unbewußten Rollung erfolgt eine falsche Projektion für beide Augen mit einem gemeinsamen Kreuzungspunkt. Da die Bilder in dem Bereich der stereoskopisch vereinigenden Netzhautteile fallen, werden sie verschmolzen. Bei Hebung der Blicklinien erscheint das umgekehrte Phänomen. Wird um den Fixationspunkt ein Kreis gezogen und sein horizontaler Durchmesser gezeichnet, so ist diese Linie außer im Mittelpunkte verdoppelt. Bei größeren Ausmaßen des Kreises erscheint dieser geneigt. Für den Recklinghausenschen Versuch gilt dieselbe Erklärung. Auch zur Erklärung des Rueteschen Gesetzes muß die Rollung der Augen herangezogen werden. Beim Meissnerschen Versuch, bei dem ein nicht vor den Augen gezogener vertikaler Draht in seiner Mitte fixiert wird, erscheint sein oberes Ende für das rechte Auge nach links, für das linke Auge nach rechts geneigt. Fixiert man einen Punkt jenseits des Drahtes, so erscheint er in gekreuzten, nach oben divergierenden Doppelbildern, bei Fixation eines näher gelegenen Punktes wird er in gleichnamigen nach unten divergierenden Doppelbildern gesehen. Diaz Caneja hat die Erscheinungen für verschiedene Augenstellungen genau analysiert, und Verf. knüpft an diese Versuche an. Werden die Bilder parallel zum Gegenstand gesehen, so besteht nur falsche Lokalisation, in den anderen Fällen kommt auch die falsche Projektion in Betracht. Die von Diaz Caneja und Verf. festgestellten Doppelbilder erklären sich ungezwungen durch die Rollung der Augen. Bei der Stereoskopie bemerkt man bei Blickhebung oder Senkung unter gewöhnlichen Umständen keine Rollung. Wenn man aber vor ein oder beide Augen ein Prisma oder Doppelprisma bringt, und die Teilbilder um ihren Mittelpunkt sich drehen läßt, bemerkt man das Auftreten eines kompensierenden Faktors (der Konvergenz). Die Frage, ob dabei beide Augen oder nur eines Bewegungen ausführen, beantwortet Verf. dahin, daß es ihm wahrscheinlicher vorkommt, daß nur das Auge, dessen Teilbild gedreht wurde, eine Rollung ausführt. Die Verschmelzung der Bilder ist bedingt durch die Verschmelzung identischer Punkte in gleichen Horizontalen. Die Neigung des Bildes ist auf die Verschmelzung identischer Netzhautpunkte zurückzuführen, die Körperlichkeit auf die nicht identischen Punkte. Beim Wheatstoneschen Versuche ist eine Rollung nicht vorhanden und es besteht nur falsche Projektion.

Lauber (Wien).°°

Matsui, Yoshio: Über den Verlauf der spinalen Nervenfasern im Sympathicus. (*Anat. Inst., kais. Univ. Kyoto.*) Folia anat. japon. Bd. 3, H. 6, S. 267—280. 1925.

Beim Hunde wurden entweder beide oder nur die hintere Wurzel in verschiedener Höhe vom 5. Brust- bis 2. Lendennerven durchschnitten. Mit der Nervendegenerationsmethode wurde folgendes festgestellt: Markhaltige Fasern, die aus dem Rückenmark durch die R. comm. in den sympathischen Grenzstrang übergehen, verlaufen in diesem stets in auf- und abwärts führender Richtung. Bei einem Tiere, dem die Wurzeln des

Digitized by Google

2. Lendennerven durchschnitten waren, wurden „mäßig" degenerierte Fasern in den Nervi splanchnici wie im Nervus vagus aufgefunden. Aufsteigende Fasern im Grenzstrang gehen durch das Ganglion stellatum zum Gangl. cerv. inf., ein anderer Teil durch den Vagus zu den Brustorganen. Auch im Laryngeus sup. wurden zuweilen spärliche degenerierte Fasern angetroffen. Absteigende Nervenfasern befinden sich ferner in den Splanchnici, von wo sie zu dem Ggl. coeliacum und zu den Bauchorganen ziehen. Die vom Bauchgrenzstrang median ziehenden Fasern gehen zum Aortenplexus und Ggl. mes inf. Auch im Grenzstrang der nicht operierten Seite wurden häufig spärliche degenerierte Fasern im Brust- und Bauchteile aufgefunden. Bei Durchschneidung der hinteren Wurzel des 7. Brustnerven wurden degenerierte Fasern im Brustgrenzstrang angetroffen. *Stöhr jr.* (Gießen).

Fulton, John F.: Fatigue and plurisegmental innervation of individual muscle fibres. (Ermüdung und plurisegmentale Innervation der einzelnen Muskelfasern.) (*Laborat. of physiol., univ., Oxford.*) Proc. of the roy. soc. Ser. B. Bd. 98, Nr. B 692, S. 493—505. 1925.

Die Spannungsentwicklung des Froschgastrocnemius und die Größe der Aktionsströme bei gleichzeitiger Reizung der 8. und 9. Wurzel ist höchstens 10% geringer als die Summe der einzelnen Wurzelreizungen. Reizung der einen Wurzel bis zu völliger Ermüdung hat auf die Reizung der anderen Wurzel nur geringen Einfluß. Aus diesen in ähnlicher Weise schon von anderen Autoren gemachten Beobachtungen wird die plurisegmentelle Innervation der einzelnen Muskelfasern abgelehnt. *Wachholder* (Breslau).

Pawlisch, O. V.: The relation between the time for paralysis of the sensory and motor fibers of a nerve by various local anesthetics as determined by their action on the sciatic nerve of the frog. (Die Beziehungen zwischen der sensiblen und motorischen Lähmungszeit bei Einwirkung verschiedener Gifte auf den Froschischiadicus.) Journ. of laborat a. clin. med. Bd. 11, Nr. 2, S. 180—182. 1925.

Anästhesierungsversuche am freigelegten Froschischiadicus. Dabei ergibt sich, daß durch einige Gifte, wie das Cocain, Eucain und Novocain, ebenso wie durch Einwirkung von Hitze und Austrocknung auf den Nerven zunächst die sensiblen Fasern gelähmt werden und erst später die motorischen, während das Apotherin die motorischen Fasern früher als die sensiblen lähmt. So soll für jedes Lokalanästheticum eine gesetzmäßige Beziehung zwischen der sensiblen und motorischen Lähmungszeit bestehen. Aus diesen Resultaten wird der Schluß gezogen, daß die selektive Wirkung der Gifte nicht auf einer oberflächlichen Lage der sensiblen Fasern im gemischten Nerven beruhe. *Stein* (Heidelberg).

Embden, G., H. Hirsch-Kauffmann, E. Lehnartz und H. J. Deuticke: Über den Verlauf der Milchsäurebildung beim Tetanus. (*Inst. f. vegetat. Physiol., Univ. Frankfurt.*) Hoppe-Seylers Zeitschr. f. physiol. Chem. Bd. 151, H. 4/6, S. 209—231. 1926.

Eine bis heute ungelöste Frage in der Muskelphysiologie ist diese: Welches ist die unmittelbare Quelle der im Augenblick der Kontraktion freiwerdenden Energie. Hill und seine Schüler, insbesondere v. Weizsäcker, konnten zeigen, daß die Steigerung der Wärmebildung während der Kontraktion weitgehend unabhängig ist von der Anwesenheit des Sauerstoffs. Fletscher und Hopkins stellten während der ermüdenden Tätigkeit des isolierten Froschmuskels eine starke Milchsäurebildung fest, und Embden gelang der Nachweis, daß die im tierischen Organismus entstehende Milchsäure ein Abbauprodukt der Kohlenhydrate ist. Die während der Kontraktion gebildete Milchsäure aber sollte als Energiequelle für die Arbeitsleistung angesehen werden. Dafür sprachen auch die kalorimetrischen Untersuchungen Meyerhofs und die thermodynamischen Versuche Hills. Nun finden Embden und seine Mitarbeiter, daß die bei kurzer tetanischer Reizung eines isolierten Froschmuskels auftretende Milchsäurebildung den Vorgang der Kontraktion und Erschlaffung des Muskels überdauert und zwar im Sinne einer weiteren Zunahme der Milchsäurebildung. Man wird also nicht annehmen dürfen, daß die gesamte Milchsäurebildung in der Zeit der Kontraktion geschieht, und es ergibt sich, daß die bei Milchsäurebildung aus Kohlenhydraten freiwerdende Energie nicht allein die Quelle der Energie im Moment der Kontraktion sein kann. Embden diskutiert die Frage, ob nicht noch andere Energiequellen in anderen, bisher unbekannten exotherm erfolgenden chemischen Reaktionen zu suchen seien, oder ob sie überhaupt nicht chemischer, sondern physico-chemischer (colloidchemischer) Natur seien. Man könnte sich dann, so meint

Digitized by Google

Embden, die hier obwaltenden Verhältnisse so vorstellen, als diene die exotherme chemische Reaktion dazu, den „physico-chemischen Akkumulator" aufzuladen, damit dieser sich im Augenblick der Kontraktion entladen könne. In diesem Zusammenhang wird auf die Ergebnisse thermoelektrischer Messungen am Herzen hingewiesen, die Bohnenkamp ausführte, und dabei fand, daß in der Periode der Erschlaffung eine endotherme Phase nachweisbar ist, eine Tatsache, aus der sich ableiten lasse, daß die Muskelkontraktion „eine im engeren Sinne physikalische Maschine" sei. *Stein* (Heidelberg).

Schäffer, H., und H. Licht: Die elektrischen Erscheinungen der Acetylcholincontractur des Kaltblütermuskels. (*Med. Univ.-Klin., Breslau.*) Klin. Wochenschr. Jg. 5, Nr. 1, S. 25. 1926.

Schäffer, H., und H. Licht: Über das Heidenhainsche Zungenphänomen und seine elektrischen Begleiterscheinungen. (*Med. Univ.-Klin., Breslau.*) Klin. Wochenschr. Jg. 5, Nr. 1, S. 25—26. 1926.

Ebenso wie Riesser und Steinhausen benutzten Schäffer und Licht den Aktionsstrom, um das Wesen der Acetylcholincontractur verstehen zu lernen. Während die erstgenannten Autoren zu der Anschauung gelangten, daß es sich hier um Verletzungsströme handele, nehmen Sch. und L. an, der Strom sei der Ausdruck der Kontraktion selbst. (Es ist hier wohl die die Kontraktion bedingende Erregung, nicht die Kontraktion selbst gemeint.) Sie stützen sich auf einen Versuch, bei dem sie das Acetylcholin nicht unmittelbar auf den Muskel einwirken ließen, sondern in die Blutbahn einführten (Neegardscher Versuch) und fanden, daß stets — im Gegensatz zu den Ergebnissen Neegards — ein großer monaphasischer Ausschlag eintrat, der mit dem Rückgang der Kontraktion langsam wieder schwand. Zu ähnlichen Resultaten gelangt eine weitere Arbeit, die sich mit dem Nachweis von Aktionsströmen bei der Heidenhainschen Zungenkontraktion befaßt. Bei Beginn der trägen, nach beträchtlicher Latenzzeit einsetzenden Kontraktion wird eine „starke monaphasische Abweichung" der Saite beobachtet. Daß diese Abweichung nach Abklingen der Kontraktion nicht wieder vollständig zurückgeht, ist sehr merkwürdig (und gibt zu Bedenken an der Deutung der Ergebnisse Anlaß. Ref.). Die feinen Oscillationen der Saite, die auch vor Eintreten der Kontraktion nachweisbar sind, sich aber während der Kontraktion vergrößern, werden zu den sichtbaren fibrillären Zuckungen der Zunge in Beziehung gebracht. Diese Erscheinungen werden sowohl bei Reizung des N. lingualis nach Durchtrennung des N. hypoglossus als nach Acetylcholineinwirkung auf den nicht gelähmten Muskel beobachtet. Eine Kritik dieser Resultate kann nicht unternommen werden, da aus den fragmentarischen Mitteilungen nichts hervorgeht über die Empfindlichkeit der Saite, die Art der unpolarisierbaren Elektroden und Kurven nicht abgebildet sind. *Stein* (Heidelberg).

Schwartz, A., et A. Oschmann: Recherches sur la créatine musculaire. Le taux de la créatine musculaire est-il augmenté dans les contractures toxiques des muscles striés? (Untersuchungen über das Muskelkreatin. Ist der Spiegel des Muskelkreatins bei Vergiftungscontracturen der gestreiften Muskeln erhöht?) (*Inst. de méd. exp. et de pharmacol., fac. de méd., univ., Strasbourg.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 38, S. 1648—1650. 1925.

Nachprüfung der Versuche von Peckelharing und Hoogenhuyze. Vergiftung von Froschmuskel mit Nicotin, Veratrin, Coffein, Calciumchlorid. Eine Erhöhung des Kreatinspiegels in den vergifteten und durch rhythmische elektrische Reizungen zur Kontraktion gebrachten Muskeln gegenüber der Norm ergab sich nicht. Die Abweichung gegen die Voruntersucher wird damit erklärt, daß die Nichtauswaschung der Präparate bei Nicotin und Veratrin eine Fehlerquelle bilden, weil auch diese Substanzen mit Pikrinsäure eine Rotfärbung ergeben. *Leyser* (Gießen).

Tiegs, O. W.: The function of creatine in muscular contraction. (Die Funktion des Kreatins bei der Muskelkontraktion.) (*Zool. dep., univ., Adelaide.*) Austral. journ. of exp. biol. a. med. science Bd. **2**, Nr. 1, S. 1—19. 1925.

Die umfangreichen experimentellen Untersuchungsreihen führen den Autor zu

Digitized by Google

folgenden Feststellungen: Werden Froschmuskeln ermüdet und dann in Ringer-Lösung eingetaucht, so geben sie erhebliche Mengen einer Substanz an die Flüssigkeit ab, die beim Kochen mit Säuren Kreatinin entstehen läßt. Obgleich der Kreatingehalt des frischen Muskels nur um wenig geringer ist als der des ermüdeten Muskels, ist die Quantität des aus dem frischen Muskel frei werdenden Kreatins bedeutend geringer als die Menge, die vom ermüdeten Muskel abgegeben wird. Werden ermüdete Muskeln für 5 Stunden einem Sauerstoffstrom ausgesetzt, so geben sie bedeutend weniger Kreatin ab als ermüdete Muskeln, die während der gleichen Zeit in einem geringen Luftraum gehalten werden. Ermüdete Muskeln geben Kreatin und Milchsäure in äquivalenten Mengen ab. Das Muskelkreatin hat wahrscheinlich eine cyclische Struktur, ähnlich der des Harnstoffes. Während der Muskelerregung wird dieser Ring gesprengt, es bildet sich eine freie Aminogruppe und diese Substanz ist es, die die bei der Kontraktion auftretende Milchsäure neutralisiert und den Muskel wieder zur Erschlaffung bringt. Während der oxydativen Erholung wird die Substanz in Kreatin zurückverwandelt. Das im Harn zur Ausscheidung kommende Kreatinin scheint das Anhydrid des basischen Kreatins zu sein, das dauernd in das Blut übergeht. Die Erhöhung des respiratorischen Quotienten, der auf starke physische Inanspruchnahme folgt, ist wahrscheinlich zurückzuführen auf die starke Diffusion der bei der Muskeltätigkeit in reichen Mengen entstehenden Milchsäure ins Blut. *E. Gamper* (Innsbruck).

Meyerhof, Otto, und K. Lohmann: Über die Vorgänge bei der Muskelermüdung. (*Kaiser Wilhelm-Inst. f. Biol., Berlin-Dahlem.*) Biochem. Zeitschr. Bd. **168**, H. 1/3, S. 128—165. 1926.

Zum näheren Studium der physikalisch-chemischen Vorgänge bei der Muskelermüdung bestimmten Verf. im ruhenden, ermüdeten und starren Froschmuskel die Wasserstoffzahl, indem sie die eiskalt zerkleinerten Muskeln mit destilliertem Wasser extrahierten und die p_H mit der Chinhydronelektrode maßen. Sie fanden bei Ermüdung und Starre eine Zunahme, entsprechend der Zunahme an Milchsäure. Die Milchsäurezunahme ist die alleinige Ursache der Verschiebung der p_H, da man in Extrakten ruhender Muskulatur, der die gleiche Menge Milchsäure hinzugesetzt ist, dieselben Wasserstoffzahlen findet. Bei der Ermüdung wird aus dem alkoholunlöslichen Anteil der Muskelsubstanz von der Milchsäure eine äquivalente Basenmenge frei gemacht. Der Rückstand des Alkoholextrakts läßt sich in einen wasserlöslichen und einen wasserunlöslichen Teil zerlegen, die zu gleichen Teilen Basen für die in den Alkohol übertretende Milchsäure liefern. Der größte Teil der Basenabgabe der wasserlöslichen Fraktion ist auf Phosphat zu beziehen. Der Rest und die Alkaliabgabe des wasserunlöslichen Teils kann auf Eiweiß bezogen werden. Bei indirekt etwa 10 Sekunden tetanisch gereizten Muskeln fällt die Milchsäurebildung in die Kontraktionszeit hinein. Nur bei überstarker direkter Reizung findet noch nach Ablauf der Kontraktion eine Bildung von Milchsäure statt, die aber auf eine Schädigung des kontraktilen Apparats zu beziehen ist und für die Arbeitsleistung verloren ist. Für viele Einzelheiten der ausführlichen Arbeit muß auf das Original verwiesen werden.

Erich Guttmann (München).

Kushner, Irving: The effect of X-rays on the irritability of muscles in the frog. (Die Wirkung von Röntgenstrahlen auf die Erregbarkeit des Froschmuskels.) (*Laborat. of physiol., of coll the city of New York, New York.*) Journ. of gen. physiol. Bd. **9**, Nr. 1, S. 55—61. 1925.

Der Frosch wird auf einer $^1/_2$ cm dicken Bleiplatte befestigt, wobei der eine Unterschenkel über einem Schlitz der Platte zu liegen kommt. Die Platte wird 10 Zoll von einer Coloidgeröhre entfernt aufgestellt; bestrahlt wird 3 Min. lang bei einem Röhrenstrom von 10 Milliampere und einer Röhrenspannung von 40 000 Volt. Als Maß der Erregbarkeit wird derjenige Rollenabstand gewählt, bei welchem eine noch gerade sichtbare Kontraktion erfolgt.

Durch die Bestrahlung wird die Erregbarkeit des Froschmuskels gesteigert, auch die Aufrechterhaltung der Erregbarkeit ist beim bestrahlten Muskel bei einer Beobachtungsdauer von 2 Stunden eine bessere als beim unbestrahlten. *Simonson* (Greifswald).

Digitized by Google

Chiba, M., und F. Plattner: Über den Einfluß der Querdurchströmung des Nerven auf die Fortleitung von Erregungswellen. (*Physiol. Inst., Univ. Innsbruck.*) Zeitschr. f. Biol. Bd. **83**, H. 5/6, S. 507—510. 1925.

Bekanntlich wird der Nerv bei reiner Querdurchströmung mit dem elektrischen Strom nicht in Erregung versetzt. Es ist unentschieden, ob diese Tatsache darauf beruht, daß die senkrechte Stromkomponente überhaupt keine erregende Veränderung der Nervensubstanz bewirkt oder ob die an demselben Querschnitt jeder einzelnen Faser auftretende Anode die in allernächster Nähe befindliche, an sich erregende Kathode hemmt. Im letzteren Falle scheint die Annahme gerechtfertigt, daß eine oberhalb der querdurchströmten Stelle gesetzte Erregungswelle beim Passieren des durchströmten Querschnittes ebenfalls eine anodische Depression erleidet. Zur Entscheidung der Frage versenkten die Verff. den von abgehenden Nervenästen freien Abschnitt eines Nervus ischiad. (Nervmuskelpräparat von großen Esculenten) in einen Heringschen Reiztrog, reizten das zentrale Ende vor, während und nach der Querdurchströmung mit einzelnen Öffnungsinduktionsschlägen und registrierten die Muskelzuckungen mittels eines isotonischen Hebels. Zunächst ergab sich, daß bis zu ziemlich hohen, aber individuell wechselnden Stromstärken (80—290 MA.) die Querdurchströmung allein den Nerven nicht erregte, während oberhalb des betreffenden Grenzwertes eine Erregung nicht mehr zu vermeiden ist, weil vermutlich schließlich die nicht auszuschließenden, nicht absolut senkrechten Stromfäden wirksam werden. Unterhalb dieser Grenzintensität ist die Querdurchströmung ohne Einfluß auf die vom zentralen Ende kommende und ihn passierende Erregungswelle, d. h. die Zuckungshöhe bleibt vollständig unverändert. Übersteigt die Querdurchströmung die Grenzintensität, d. h. führt sie selbst zur Schließungszuckung, so erfolgt eine mehr oder weniger starke, oft bis zum vollständigen Ausfall führende Abnahme der am zentralen Stumpf ausgelösten Zuckungen. Da also eine nicht erregende Querdurchströmung die eintreffenden Erregungswellen nicht blockiert, so wird man die obige Alternative mit großer Wahrscheinlichkeit dahin entscheiden dürfen, daß die Nervenfaser sich gegen quergerichtete Stromfäden prinzipiell anders verhalten als gegen längsgerichtete.

H. Rosenberg (Berlin).

Ducceschi, V., e C. Campanari: Sulla tonicità dei muscoli intrinseci della laringe. (Über den Tonus der inneren Kehlkopfmuskeln.) (*Laborat. di fisiol., univ., Pavia.*) Arch. di fisiol. Bd. **23**, H. 1, S. 79—84. 1925.

Exstirpation eines Stückes des Halsvagus bei Kaninchen, Hunden und Katze. Nach 2—4 Wochen wurde der Recurrens (in dem dann nur noch die sympathischen Fasern erregbar sind) faradisch gereizt und die Glottis nach Durchschneidung der Trachea von der Unterseite beobachtet.

Die Reizung des N. l. inf. auf der Seite der Vagotomie blieb vollkommen wirkungslos. Das gleiche gilt für die Reizung des Halssympathicus und des die Carotis begleitenden Gewebes (contra Bilancioni). Ein sympathischer Tonus der inneren Kehlkopfmuskeln war also nicht nachweisbar. Flimmern des gelähmten Stimmbandes, analog dem Vulpianschen pseudomotorischen Phänomen an der Zunge, wurde bei einem Kaninchen beobachtet.

v. Brücke (Innsbruck).

Gelmann, J.: Kritische Bewertung der klinischen Methoden zur Bestimmung der Vago- und Sympathicotonie. (*Obuchs-Inst. f. Gewerbekrankh., Moskau.*) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. **102**, H.6, S. 768—782. 1926.

Die Methode von Danielopolu und Carniol (Atropin) gebe keinen Aufschluß über den Tonus des vegetativen Nervensystems, sei für die Klinik nutzlos und gefährlich. Intravenöse Einführungen von Adrenalin und Pilocarpin haben keinen Vorteil gegenüber den subcutanen. Die pharmakologischen Methoden (Atropin, Adrenalin, Pilocarpin) sind für diagnostische und therapeutische Zwecke nicht zu verwenden. Das Aschnersche Phänomen (der oculo-kardiale Reflex) gebe eine Vorstellung von der kardialen reflektorischen Erregbarkeit. Schließlich empfiehlt der Autor eine von ihm ausgearbeitete Methode der Cutan-Adrenalinreaktion (auf Haut-

Digitized by Google

incisionen werden verschieden konzentrierte Adrenalinlösungen aufgeträufelt) als ein brauchbares Mittel zur Bestimmung der vasoconstrictorischen Erregbarkeit der Arteriolen und Capillaren. *Karplus* (Wien).

Schilf, Erich: Über einige neuere Anschauungen vom autonomen Nerven. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 42, S. 1737—1738. 1925.

Der Autor hat in einem Vortrag auf Grund von Versuchen an Gefäßen darauf hingewiesen, daß eine funktionelle Gegenüberstellung von Sympathicus und Parasympathicus nicht so sehr zu betonen sei. Die spezifischen Reaktionen des Gewebes auf Reize, seien diese vom Nerven aus bedingt oder durch Gifte hervorgerufen, sind mehr durch die Art des Gewebes bedingt als durch die Art der Innervation. *Schilf* (Berlin).

Bard, L.: Les données générales de la pathologie du sympathique. (Die allgemeinen Grundgedanken der Pathologie des Sympathicus.) (*Clin. méd., univ., Lyon.*) Journ. de méd. de Lyon Jg. 7, Nr. 145, S. 31—46. 1926.

Zusammenfassende Darstellung über die allgemeine Physiologie und Pathologie des vegetativen Nervensystems, die sich für ein kurzes Referat nicht eignet. Neue Befunde werden nicht mitgeteilt. *R. Greving* (Erlangen).

Langeron, L.: L'exploration pharmacologique du système nerveux végétatif. Techniques et résultats généraux. (Parmakologische Untersuchung des vegetativen Nervensystems. Technik und allgemeine Resultate.) Journ. de méd. de Lyon Jg. 7, Nr. 145, S. 49—60. 1926.

In übersichtlicher Weise werden die einzelnen pharmakologischen Mittel, die das vegetative Nervensystem in teils hemmender, teils anregender Weise beeinflussen, geschildert. So wird die Wirkungsweise, Dosierung und Angriffspunkt des Pilocarpins, Eserins, Atropins, Adrenalins, Amylnitrits und des Schilddrüsenextraktes zusammenfassend besprochen. Neue Gesichtspunkte oder neue Befunde werden nicht mitgeteilt. *R. Greving* (Erlangen).

Heinekamp, W. J. R.: The mechanism of vagus inhibition as produced by adrenaline. (Der Mechanismus der Vagushemmung durch Adrenalin.) (*Laborat. of pharmacol., coll. of med., univ. of Illinois, Chicago.*) Journ. of pharmacol. a. exp. therapeut. Bd. 26, Nr. 5, S. 385—396. 1925.

Verf. kommt auf Grund seiner Tierversuche zu folgenden Schlußfolgerungen: 1. Eserin setzt die Schwelle der Vagusreizung herab. 2. Adrenalin bewirkt Herzhemmung vor und nach Durchschneidung der Vagi sowie nach Nicotin, hingegen nicht nach Atropin. Diese Verlangsamung der Herztätigkeit ist ausgesprochener nach einer Reizdosis von Eserin. 3. Die Herzhemmung ist nicht Folge einer zentralen Reizung infolge des Blutdrucks, sondern ist vermutlich eine unmittelbare Reizung des parasympathischen Nervenapparates im Herzen. *Alfred Schreiber* (Hirschberg i. Schles.).

Papilian, V., und C. Velluda: Glykämie nach Pilocarpin. (*Inst. de anat. descript. si topogr., univ., Cluj.*) Clujul med. Jg. 6, Nr. 11/12, S. 429—430. 1925. (Rumänisch.)

Die Untersuchungen bei Hunden haben gezeigt, daß nach Pilocarpin eine Glykämie vorkommt, die dem Wirken der Vagus zuzuschreiben ist, und daß die Vaguslähmung durch Atropin die Vermehrung des Blutzuckers nach Adrenalin verhindert. *Urechia* (Klausenburg).

Hajós, K., L. Németh und Z. Enyedy: Über den Einfluß der direkten Vagusreizung auf die Eosinophilie und auf die Leberstruktur. (*III. med. Klin., Univ. Budapest.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 48, H. 3/5, S. 590—592. 1926.

Um den Einfluß direkter Vagusreizung auf die Zahl der eosinophilen Zellen im Blut zu prüfen, wurden an Meerschweinchen die Nervi vagi beiderseits in 2—3 cm Länge freigelegt und mit faradischem Strom gereizt. Die Blutkörperchen wurden vor der Operation und nach Beendigung der Nervenreizung gezählt. Die Reizdauer betrug $^1/_2$—8 Stunden. Bei 10 Versuchen wurde in der größeren Zahl der Fälle nach der Reizung eine Zunahme der Eosinophilen beobachtet. Die Vorbedingung dieses Resultats ist eine genügend lange und starke faradische Reizung beider Vagi. Die Reizung hat keinen Einfluß auf das histologische Bild der Leber. *R. Greving* (Erlangen).

Luerssen und Erika Lange: Über das Verhalten des vegetativen Nervensystems bei Ekzematikern. (*Univ.-Hautklin., Königsberg.*) Arch. f. Dermatol. u. Syphilis Bd. 149, H. 3, S. 600—608. 1925.

43 Ekzematiker mit Ekzemen jeden Stadiums und jeder Art wurden auf eine vorhandene Labilität des vegetativen Nervensystems untersucht. 1. Klinische Symptome:

Digitized by Google

Allgemeine Übererregbarkeit, Schwitzen, Obstipation, kalte Extremitäten, unbestimmte Herzbeschwerden, gesteigerte Haut-Sehnenreflexe, Pulszahl in Ruhe und Bewegung, respiratorische Arrhythmie, Dermographismus, Aschnerscher Bulbusdruckversuch, Czermakscher Carotisdruckversuch, Löwische Pupillenreaktion. 2. Pharmakologische Prüfung des Sympathicus durch Adrenalin (intravenös 0,005—0,01 mg) und des Parasympathicus durch Pilocarpin (subcutan 0,01). 3. Prüfung der Dermoreaktionen nach Groer-Hecht. Das Ergebnis war in der Mehrzahl der Fälle (25 von 43) eine gesteigerte Erregbarkeit gleichzeitig in beiden Systemen, sympathischem und parasympathischem, und zwar schien diese Neuropathie nicht erst durch das Ekzem entstanden zu sein, sondern vielmehr konstitutioneller Natur. Die Prüfung der Dermoreaktionen ergab stets normale lymphagoge Hautbereitschaft, in 30—40% herabgesetzte dilatatorische und in fast allen Fällen gesteigerte constrictorische Bereitschaft. Regelmäßige Übereinstimmung zwischen Steigerung vegetativer Innervation und gesteigerter Hautbereitschaft ließ sich jedoch nicht herausfinden. *Grumach* (Königsberg).

Koltypin, A., und A. Bakanova: Über Untersuchung und Funktionsprüfung des vegetativen Nervensystems der Kinder bei akuten Infektionskrankheiten (Scharlach und Masern). (*Kinderklin., II. Staatsuniv., Moskau.*) Zeitschr. f. Psychol., Neurol. u. Psychiatrie Bd. 5, S. 39—60. 1924. (Russisch.)

Im Verlauf des Scharlachs konnten Verff. auf Grund klinischer Beobachtung und pharmakodynamischer Prüfung des vegetativen Nervensystems eine Reihe von Tonusschwankungen dieses Systems, hauptsächlich in seinem Sympathicusteile, aufdecken. Am Anfang der Krankheit ist eine Steigerung des Sympaticotonus zu vermerken; zur Zeit der Herzstörung eine Erschlaffung desselben und eine Steigerung des Vagotonus, im Verlauf akuter skarlatinöser Glomerulonephritis eine scharfe Steigerung des Sympathicotonus und bei tödlich verlaufenden Fällen eine scharfe Sympathicuslähmung. Auf Grund dieser Beobachtungen ist es berechtigt, eine bestimmte sympaticotrope Wirkung des Scharlachkontagiums anzunehmen. Die Masern erwiesen sich in dieser Hinsicht als Antagonist des Scharlachs. In der Prodromalperiode und am Anfange des Ausschlages erscheinen die Kinder als beträchtliche Vagotoniker; der Vagotonus erschlafft parallel der Krankheitsverminderung. Es scheint also berechtigt von einer vagotonischen Wirkung des Masernkontagiums zu sprechen.

Mark Serejskij (Moskau).

Savignac, Roger, et Roger Sarles: Colites et troubles nerveux. Etudes et précisions sur leurs relations. (Colitiden und nervöse Störungen. Untersuchungen und Ergebnisse ihrer Beziehungen.) Paris méd. Jg. 15, Nr. 52, S. 540—542. 1925.

Die Verff. unterscheiden Gärungs- und Fäulniscolitiden. Sie fanden allgemein ein sehr starkes Beteiligtsein des Nervensystems bei Colitis, und zwar sahen sie Erregbarkeitsstörungen, Unbeständigkeit, Angst, d. h. Störungen des vago-sympathischen Gleichgewichtszustandes in 71% der Gärungscolitiden mit Erhöhung des Durchschnitts organischer Säuren im Stuhl, während diese nervösen Störungen bei Fäulniscolitis nur in 20% auftreten. Sie glauben, in den Darmstörungen die Ursache verschiedener nervöser Leiden gefunden zu haben. *Krambach* (Berlin).

Kleitman, Nathaniel: Studies on the physiology of sleep. III. The effect of muscular activity, rest and sleep on the urinary excretion of phosphorus. (Studien über die Physiologie des Schlafs. III. Die Wirkung der Muskeltätigkeit, der Ruhe und des Schlafs auf die Phosphorausscheidung im Harn.) (*Hull physiol. laborat., univ., Chicago.*) Americ. journ. of physiol. Bd. 74, Nr. 2, S. 225—237. 1925.

Lange Zeit hat die Ansicht Geltung gehabt, daß geistige Anstrengung zu einer Vermehrung der Phosphorsäureausscheidung führe. In Zusammenhang damit ist die Phosphorsäureausscheidung durch den Harn sehr häufig, aber mit sehr verschiedenem Ergebnis untersucht worden. Piéron stellt in seinem 1913 erschienenen Buch über den Schlaf die Befunde von 11 Autoren zusammen, von denen 4 eine Erhöhung der Phosphorsäureabgabe bei Nacht, 4 andere eine solche bei Tage gefunden hatten, während nach Ansicht der 3 übrigen kein Unter-

Digitized by Google

schied bestehen sollte. Überall ist der Fehler gemacht worden, daß der Tag in 2 12stündige Perioden eingeteilt wurde, so daß der Unterschied zwischen Schlaf und Wachen immer verwischt ist. Im Schlaf findet außer der Ausschaltung der geistigen Tätigkeit noch eine Entspannung der Muskulatur statt. Beide Momente müssen getrennt untersucht werden. Verf. untersucht deshalb die Ausscheidung während des Tages unter normalen Bedingungen und nach verhältnismäßig großen Bromkaligaben, andererseits während und vor und nach starker Muskelarbeit. Als Nachtharn wurde nur der vom Löschen des Lichts bis zum Aufstehen gerechnet. Die Ruhezeit war der Versuchsperson nicht vorgeschrieben, betrug aber in der Regel 8—9 Stunden. Der Tages- und Nachtharn von 4 aufeinanderfolgenden Tagen wurde vereinigt. Während der Schlafenszeit wurde stündlich 14—29% mehr Phosphor ausgeschieden als während des Wachens (6 viertägige Perioden). Daran änderte reichlicher abendlicher Wassergenuß nichts. Die Zahlen für die Gesamtacidität in Kubikzentimeter $^n/_{10}$ NaOH folgen genau denen für die Phosphorausscheidung. Es wurden dann täglich 3 g Bromkali zugeführt, mit denen die Versuchsperson in ein Gleichgewicht kam. Die Vermehrung von Phosphor und Gesamtsäure während des Schlafs blieb dieselbe. Die Phosphorausscheidung war an Ruhetagen in 3 aufeinanderfolgenden Perioden von 2 Stunden, die um 6 Uhr morgens begannen, kontinuierlich vermindert, während an Arbeitstagen in der zweiten, der Arbeitsperiode, anscheinend Phosphor zurückgehalten wurde, um in der dritten mit ausgeschieden zu werden. Um zu sehen, ob sich die Verkleinerung der P-Ausscheidung bis in den Nachmittag hineinzieht, wurden bei 4 Personen, die seit 6 p. m. des Vortages hungerten, Bestimmungen in $1^1/_2$- oder 2stündigen Perioden ausgeführt. Es zeigte sich, daß ein Minimum der P-Ausscheidung am Mittag, ein Maximum am Abend vorhanden ist. Als eine Versuchsperson 48 Stunden fastete, war die Ausscheidung am 2. Tage größer, folgte aber derselben Regel. Der Bromkaliversuch spricht dafür, daß die geistige Arbeit ohne Einfluß auf die Phosphorsäureabgabe ist. Der Effekt der Arbeit mag damit zusammenhängen, daß mehr Phosphorsäure in den Kohlenhydratstoffwechsel einbezogen und erst nach Erledigung ihrer Aufgabe abgegeben wird. In langen Arbeitsperioden, wie sie Embden und Grafe ausführen ließen, mag der zu Anfang zurückgehaltene Phosphor schon gegen Ende des Versuchs erscheinen, so daß der Eindruck einer gesteigerten Ausscheidung entsteht. Daß der arbeitende Muskel phosphorreicher wird, geht aus älteren Arbeiten von Macleod hervor. Die gesteigerte P-Ausscheidung am Nachmittag geht auch aus den Versuchen von Embden und Grafe hervor. Die vom Verf. bestätigte Erhöhung der Ausscheidung im Schlaf kommt wahrscheinlich durch vollkommenere Muskelerschlaffung und entsprechendes Zurückgehen des Kohlenhydratstoffwechsels zustande. *Schmitz* (Breslau).°°

Löffler, W.: Über Fieber. Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 52, S. 1181 bis 1187. 1925.

Das Referat Löfflers bringt außer Besprechung der „normalen" menschlichen Temperatur, der „Bewegungstemperatur", des Fieberstoffwechsels usw. auch Ausführungen über innersekretorische und nervöse Einflüsse auf die Körpertemperatur. L. weist hin auf die prämenstruellen Steigerungen, auf das allgemein erhöhte Temperaturniveau bei Hyperthyreosen, anderseits auf die mangelhafte Fieberfähigkeit mancher Diabetiker (obwohl Insulin temperatursenkend wirke). Die nach Hirnoperationen, gelegentlich auch nach Lumbalpunktion auftretenden erheblichen Steigerungen, die rasch abklingen, erklärt er als Reizerscheinungen durch Störung der Liquorzirkulation, d. h. als durch mechanische Reizung des Wärmezentrums bedingt, ebenso das Fieber bei Hirntumoren; auch bei Sklerose der Stammganglien sei erhöhte Temperatur beschrieben worden, während bei Encephalitis epid. auffallenderweise keine charakteristischen Temperaturveränderungen vorkämen. Blutungen in die Ventrikel führen nicht selten zu hohen Fiebergraden, ohne jedes infektiöse Moment und selbst ohne Zertrümmerung der Hirnsubstanz. Von 10 angeführten Fällen, in denen sich an eine Ventrikelblutung hohes Fieber anschloß, ist besonders einer bemerkenswert, bei welchem das schon 2 Stunden nach dem Durchbruch geschah. Psychogenen Temperaturerhöhungen steht L. praktisch skeptisch gegenüber, zweifelt aber nicht an ihrem Vorkommen und berichtet über mehrere Patienten, die jahrelang dauernd subfebril waren, ohne daß sich außer psychischer Labilität sonst etwas Krankhaftes finden ließ; es handele sich hier um eine Übererregbarkeit des sympathischen Systems; das gleiche gelte von den Temperatursteigerungen „Nervöser", z. B. vor Operationen oder vor einem Examen; ebenso von den Fiebertemperaturen bei Tuberkulösen, die physiologische Kochsalzlösung statt Tuberkulin erhielten. Das Katheterfieber sei hingegen sicher infektiöser Entstehung. *Ransohoff* (Lüneburg).

Digitized by Google

Singer, Richard: Der Cheyne-Stokessche Symptomenkomplex, eine periphere Kreislaufstörung im Bereich des Atemzentrums. (*Sanat. Esplanade, Baden b. Wien.*) Wien. Arch. f. inn. Med. Bd. 11, H. 3, S. 441—458. 1925.

„Das Auftreten des Cheyne-Stokes hängt nicht so sehr von der Funktionstüchtigkeit des linken Ventrikels und der Aorta ab, als vielmehr von der Leistungsfähigkeit der peripheren Gefäße und Capillaren im Atemzentrum." Gefäßtonus und Permeabilität der Capillaren für Gas- und Nahrungsaustausch sind hierbei maßgebend. Damit wird die Lehre S. Wassermanns abgelehnt, nach welcher für das Zustandekommen des Cheyne-Stokes primäre Herzveränderungen, in erster Linie Aorteninsuffizienz, mit nachfolgender Anoxyaemie notwendig sind. Beweise für die Gefäßätiologie: Der größte Teil der Aorteninffusizienzen mit Cheyne-Stokes ist luischer Natur, eine große Zahl von Cheyne-Stokes-Patienten weisen überhaupt keine Zeichen von Herzveränderung auf, und umgekehrt haben nicht alle dekompensierten Insuffizienzen das periodische Atemphänomen. Therapeutisch sind daher zentral wirkende Narkotika (Morphium) kontraindiziert und den Gefäßtonus hebende Mittel zu verabreichen (Strophantin intravenös, später Verodigen per os, in den ersten beiden Tagen Lobelin Ingelheim). *Schmitt* (Leipzig).

Orlandini, Orlando: Studi sulla circolazione retinica con particolare riguardo alla morfologia delle pulsazioni dei vasi centrali in rapporto colle alterazioni della circolazione generale e cerebrale. (Untersuchungen über den Blutumlauf in der Netzhaut mit besonderer Berücksichtigung der Pulserscheinungen an den Zentralgefäßen in bezug zu den Störungen des Blutkreislaufs im ganzen Körper und im Gehirn.) (*Osp. civ., Venezia.*) Ann. di ottalmol. e clin. oculist. Jg. 53, H. 12, S. 1137—1142. 1925.

Zusammenfassung bekannter Tatsachen und schlagwortartige Darstellung zahlreicher eigener Fälle, bei welchen sich Pulsationen der Netzhautgefäße teils spontan fanden, teils auf leichten bzw. stärkeren Druck auslösen ließen. Bei normalem intraokularen Druck kann man nach der Stärke des zur Erzeugung von Arterienpuls nötigen Fingerdrucks die Höhe des arteriellen Blutdruckes abschätzen. Verf. meint auch, man könne dabei den Elastizitätsgrad der Netzhautgefäße beurteilen und daraus Schlüsse ziehen auf die Elastizität der Hirngefäße. Bei Überdruck im Schädelinnern geben vor dem Auftreten einer sichtbaren Veränderung der Papille die stärker gespannten Netzhautarterien einen wichtigen diagnostischen Hinweis. Spontaner Venenpuls sei besonders häufig bei Otitiden, insbesondere wenn sie mit Mastoiditis oder gar Sinusthrombose einhergehen. Bedeutung der Pulsphänomene bei Untersuchung der Augen mit Embolien oder Thrombosen der Zentralgefäße. *Ascher* (Prag).°°

Navratil, E.: Über humorale Übertragbarkeit der Herznervenwirkung. IX. Mitt. Campher und Vagus. (*Pharmakol. Inst., Univ. Graz.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 210, H. 4/5, S. 550—556. 1925.

VIII. vgl. dies. Zentralbl. 42, 261, (Witanowski).

Niedrige Campherdosen steigern die Reizbarkeit des Vagus, höhere heben sie auf. Da der Campher fernerhin die Empfänglichkeit des Herzens für depressorisch-toxische Wirkungen, also auch für die des Vagusstoffes, vermindert bzw. aufhebt, ist die durch ihn bedingte Erregbarkeitserhöhung des Vagus nur durch eine besondere, in der Arbeit nachzulesende Versuchsanordnung festzustellen. *Stern-Piper* (Solingen).

Jonnesco, Thoma, und Dimitrie Ionescu: Experimentelle Untersuchungen über die afferenten kardioaortalen Bahnen und über den physiologischen Nachweis der Existenz des Depressor als isolierter Nerv beim Menschen. (*I. chir. u. III. med. Klin., Univ. Bukarest.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 48, H. 3/5, S. 490—515. 1926.

Auf Grund von klinischen und experimentellen Untersuchungen an Katzen, Hunden und Menschen folgern Jonnesco und Ionescu, daß die Schmerzempfindungen von Herz und Aorta über markhaltige Fasern geleitet werden, die über die Nn. cardiaci inferiores, Ganglion cervicale inferius, Ansa Vieusseunii, Ganglion stellatum, Rami communicantes C_8—D_4 zum Rückenmark ziehen. Halsgrenzstrang oder N. vertebralis wird hierbei nicht beschritten. In geringerer Zahl ziehen noch schmerzleitende Fasern über den Nervus vagus, Ganglion nodosum und Ganglion cervicale supremum; von dort ziehen sie zum Teil über C_2—C_4 zum Rückenmark, zum Teil über den Plexus

Digitized by Google

caroticus zum Ganglion Gasseri. Auch beim Menschen findet sich als besonderer Nerv ein Nervus depressor, dem die Regulation des Blutdruckes obliegt. Wahrscheinlich leitet er keine Schmerzempfindungen. Auch in den Nervi cardiaci und im Halsgrenzstrang verlaufen Depressorfasern, die dann in den N. vagus eintreten. Ergotamin setzt die Erregbarkeit des Depressors herab, während Atropin keinen Einfluß zeigt. Der Depressor ist als afferenter vegetativer Nerv weder dem sympathischen noch dem parasympathischen Nervensystem zuzuzählen. *R. Greving* (Erlangen).

Athanasiu, J.: Sur le mécanisme nerveux de la rythmicité du myocarde. (Über den nervösen Mechanismus der Rhythmizität des Myokards.) Cpt. rend. hebdom. des séances de l'acad. des sciences Bd. 181, Nr. 15, S. 474—476. 1925.

Verf. glaubt, daß die myogene Theorie der Herztätigkeit mit folgendem nicht vereinbar sei: 1. mit der synchronen Tätigkeit aller Muskelfasern desselben Herzabschnittes, 2. mit dem Stillstand des Herzens bei Vagusreizung, da unseren Kenntnissen nach Hemmungserscheinungen nur zwischen den Neuronen eines nervösen Zentrums stattfinden und nicht zwischen den Nerven und den Erfolgsorganen, 3. mit der Anpassung der Herzarbeit an den arteriellen Druck und 4. damit, daß die cerebrospinalen und sympathischen nervösen Zentren einen Einfluß auf den Herzrhythmus haben, während keine direkten Beziehungen zwischen ihnen und dem Myokard bestehen. Die seiner Meinung nach nur mögliche neurogene Regulierung der Herztätigkeit denkt er sich folgendermaßen: Die in die Herzhöhlen einströmende Blutmenge erregt die im Endokard befindlichen Endigungen eines ersten sensiblen Neurons; von diesen fließt die Erregung zu einem motorischen Neuron und von dort zum Herzmuskel (1. systolischer Zyklus). Durch die Kontraktion des Myokards werden die in ihm befindlichen sensiblen Endigungen eines zweiten sensiblen Neurons erregt. Dieses erregt ein spezielles Hemmungsneuron, welches das obengenannte motorische Neuron außer Tätigkeit setzt, worauf der Herzmuskel plötzlich erschlafft (2. diastolischer Zyklus). Mit dem neu einströmenden Blute beginnt dann der Zyklus der Herztätigkeit von neuem. (Wie dann die Fortdauer der Tätigkeit bei leerschlagendem Herzen zu erklären sei, wird nicht diskutiert. Ref.)

Wachholder (Breslau).°°

Boshamer, Kurt: Über die Gefäßweiten-Veränderung nach Durchschneidung von prä- und postganglionären sympathischen Nerven. (*Physiol. Inst., Univ. Berlin.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 209, H. 5/6, S. 784—785. 1925.

Boshamer findet in Durchströmungsversuchen am Frosch, daß eine prä- bzw. postganglionäre sympathische Gefäßnervendurchschneidung am Gefäß quantitativ denselben Effekt der Gefäßerweiterung zur Folge hat. Die zwischen prä- und postganglionärer Faser gelegene Ganglienzelle übt normalerweise keinen Einfluß auf die Gefäßweite aus; wird sie vom Rückenmark getrennt, so scheint sie offenbar die Fähigkeit zu erhalten, den neugebildeten Gefäßtonus zu unterstützen. *Schilf* (Berlin).°°

Lawrentjew, A. P.: Zur Lehre von der Innervation des Lymphsystems. I. Mitt. Über die Nerven des Ductus thoracicus beim Hunde. (*Anat. Inst., Odessa.*) Anat. Anz. Bd. 60, Nr. 19/20, S. 475—481. 1926.

Zwecks Studiums der Innervation des Ductus thoracicus wurde die Methode der elektiven Färbung des Nervensystems im ganzen nach Kondratzew angewandt. Als Färbungsmittel wurden Neutralrot, verbunden mit Glycerin-Phosphorvanadiumeisen, verwendet. 1000—2000 ccm Reagenslösung wurden in das Gefäßsystem injiziert und dann die zu untersuchenden Teile für 1½—2 Stunden in die gleiche Farblösung getaucht. Zur Färbung der Nerven am isolierten Lymphgang wurden Methylenblaulösungen mit Thionin benutzt. Die Nerven des Ductus thoracicus umgeben diesen mit einem weitmaschigen Geflecht, dem Adventitialgeflecht. An der Adventitia wurden einzelne Nervenzellen festgestellt. Das Geflecht empfängt seine Fasern teils aus den Nervi vagi vermittels des Periadventitialgeflechtes der Brustaorta, teils aus dem sympathischen Nervensystem über Truncus collateralis, N. splanchnicus und Ganglion supremum. Ferner soll an der Geflechtbildung noch das cerebrospinale Nervensystem durch Nervenäste aus den N. intercostales beteiligt sein. *R. Greving.*

Veach, Harry O.: Studies on the innervation of smooth muscle. III. Splanchnic effects on the lower end of the oesophagus and stomach of the cat. (Untersuchungen über die Innervation des glatten Muskels. III. Wirkung des Splanchnicus auf das

Digitized by Google

untere Ende des Oesophagus und auf den Magen der Katze.) (*Physiol. laborat., univ., Cambridge.*) Journ. of physiol. Bd. **60**, Nr. 5/6, S. 457—478. 1925.

Elektrische Reizung der peripher zum Gangl. coeliacum liegenden Fasern bewirkt am unteren Oesophagusende lediglich motorische Effekte, während am Magen sowohl Erschlaffung wie Kontraktion beobachtet werden. In ähnlicher Weise bewirkt Reizung des Splanchnicus major am unteren Oesophagusende motorische Reaktionen, am Magen dagegen Erschlaffung wie Erregung, vorwiegend allerdings Erschlaffung. Durch Veränderung der Reizfrequenz und der Reizstärke wird nachgewiesen, daß keine speziell hemmenden Fasern im Nervenstamm vorhanden sind. Die Wirkung der elektrischen Splanchnicusreizung geht parallel mit der Vasoconstriction der Magengefäße. Die Erschlaffung des Magens ist stets begleitet von einem Ansteigen des Blutdrucks. Die Kontraktion der Magengefäße, welche mit der Reizung einhergeht, ist auch durch direkte Inspektion festzustellen. Wenn die Gefäßverengerung gering ist oder ausbleibt, so tritt bei der Reizung oft Kontraktion des Magens auf. Das gleiche tritt ein, wenn bei der Splanchnicusreizung die Gefäßverengerung nachläßt. Durch die weitere Tatsache, daß durch Abklemmung der Aorta oberhalb der Art. renal. in gleicher Weise wie durch Splanchnicusreizung eine Erschlaffung des Magens herbeigeführt wird, wird bewiesen, daß die durch die Splanchnicusreizung bewirkte Gefäßverengerung der Magenwand die Ursache der Hemmung darstellt. Schwächere Reize rufen eine andauernde Gefäßverengerung hervor, während starke gewöhnlich eine initiale Verengerung hervorrufen, auf die eine Erweiterung folgt. Dieses Phänomen erinnert an den Wedenski-Effekt. Adrenalin wirkt am Magen, wenn sich derselbe in gutem Zustande befindet, hemmend; dies ist auch dann der Fall, wenn der Magen durch Reizung des Splanchnicus oder des Vagus erregt wird; Adrenalin wirkt also gegebenenfalls beiden Nerven gegenüber antagonistisch. Injektionen von Natriumcarbonat in den Blutstrom sind imstande, die durch Splanchnicusreizung hervorgerufene Blutdruckerhöhung aufzuheben, gleichzeitig wird der Reizeffekt am Magen rein motorisch. (II. vgl. dies. Zentralbl. **43**, 266.)

Simonson (Greifswald).₀

Nolf, P.: Influence des nerfs sympathiques sur la motricité de l'estomac musculaire de l'oiseau. (Einfluß der sympathischen Nerven auf die Motilität der Magenmuskulatur des Vogels.) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 28, S. 839. 1925.

Beim Vogel entspringen die sympathischen Fasern für den Kropf und das Duodenum aus dem 3.—6. Dorsalnerven; sie ziehen zur Arteria coeliaca, wo sie einen Nervenplexus bilden. Reizversuche ergeben, daß Kropf und Magen des Vogels erregende und hemmende Fasern sowohl durch die Nervi vagi wie durch die Nervi coeliaci erhalten. Es besteht somit kein wahrer funktioneller Antagonismus zwischen Vagus und Sympathicus, sondern jeder Nerv enthält seine eigenen antagonistischen Fasern. In Übereinstimmung mit diesem Mangel einer funktionellen Differenzierung zwischen Vagus- und Sympathicusfasern steht die Tatsache, daß Atropin die erregende Reizwirkung sowohl für den Vagus wie für den Sympathicus unterdrückt.

R. Greving (Erlangen).₀

Doyon, M.: Influence des nerfs sur la motricité de l'estomac chez l'oiseau. A propos d'une note de P. Nolf. (Einfluß der Nerven auf die Magenmotilität beim Vogel.) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 27, S. 578—580. 1925.

Doyon erinnert an seine Untersuchungen aus den Jahren 1894, 1895 und 1897 aus Anlaß einer Veröffentlichung von Nolf. Die Untersuchungen von D. wurden an Taube, Ente und Huhn durchgeführt. Nach Durchtrennnug des Vagus und Reizung des peripheren Vagusendes erfolgen rhythmische Bewegungen des Magens und Verstärkung des Tonus. Diese Erscheinung tritt besonders deutlich auf, wenn sich schon vorher der Magen im Zustand der Kontraktion befand. Ferner ist von Bedeutung die Intaktheit eines Vagusnerven. Die ihm beigemischten sensiblen Fasern scheinen die notwendige Bedingung für die Fortsetzung des Rhythmus zu sein. Die durch Reizung hervorgerufenen Bewegungen können durch Vagusreiz auf der anderen Seite gehemmt werden; gleichzeitig tritt Tonusverminderung ein. Die Hemmungswirkung des Vagus tritt am deutlichsten in Erscheinung, wenn sie in dem Moment

Digitized by Google

wirksam wird, wo der Magen am stärksten kontrahiert ist. Splanchnicusreizung ruft, wenn nach Vagusdurchschneidung der Magen in Ruhe ist, Magenkontraktion hervor. Niemals treten hier rhythmische Bewegungen auf wie nach Vagusreiz. Erfolgt der Splanchnicusreiz im Augenblick der Magenkontraktion, so beobachtet man im allgemeinen Hemmung der Bewegungen. Vagi wie Splanchnici enthalten also antagonistische Fasern. Zwei sich folgende Reizungen des Vagus oder Splanchnicus haben entgegengesetzten Erfolg, wenn in der Zwischenzeit eine Pilocarpininjektion ausgeführt wird. Mit Hilfe von Pilocarpin konnte D. die Existenz von Hemmungsfasern im Vagusstamm durch Reizung der zentrifugalen Fasern für den Magen und die Bronchialmuskulatur beim Hunde beweisen. (Vgl. Nolf vorstehend. Ref.)

R. Greving (Erlangen).°°

Karczag, L., und N. Zilahy: Über die Beeinflussung der Zellpermeabilität durch den Sympathicus. (*III. med. Klin., Univ. Budapest.*) Biochem. Zeitschr. Bd. **162**, H. 1/2, S. 18—21. 1925.

Die funktionelle Abhängigkeit der Sekretion und der Zellpotentiale der Nierenelemente nach erfolgter Sympathicusreizung, welche vitalfärberisch bzw. vitalchemoskopisch bereits nachgewiesen werden konnte und welche mit den experimentellen Feststellungen über die Beeinflußbarkeit der Nierensekretion durch den Sympathicus der Asherschen Schule in guten Einklang gebracht werden konnten, veranlaßten die Autoren zur Untersuchung der Permeabilitätsverhältnisse in der vorderen Augenkammer nach erfolgter Sympathektomie. Das Erscheinen von mehreren Triphenylmethansulfosäurecarbinolen im Humor aquaeus konnte bereits nachgewiesen werden.

Die Versuche wurden an Kaninchen vorgenommen, indem der linke Vagus isoliert, der Sympathicus bis zum zentralen Ast des Gangl. cervi sup. freigelegt, durchgeschnitten und alle Äste des Ganglions entfernt wurden. Nach 1—2 Tagen erfolgte die intravenöse Injektion von 10 ccm 2proz. Säurefuchsin- bzw. Wasserblaulösung. Die Punktion der vorderen Augenkammer erfolgte nach einigen Minuten. Die Punktate wurden mit verdünnter Salzsäure behandelt, um die farblose ausgeschiedene Carbinole in den Farbstoffzustand zurückzuführen.

Die Versuche ergaben, daß die von Asher gefundene Abhängigkeit der Zellpermeabilität vom Sympathicus zu Recht besteht, daß die Sekretionsstörungen in einer gesteigerten Durchlässigkeit für den zugeführten Farbstoff bzw. Carbinol an der sympathektomierten Seite bestehen, daß in dieser Hinsicht ein konträres Verhalten bezüglich Kochsalz (Asher) und Farbstoff-Carbinolausscheidung beobachtet wurde und daß das feindisperse, intraperitoneal und subcutan verabreichte Fluorescein (Asher, Hara, Yamamoto, Kahikawa) sich anders verhält als das intravenös einverleibte, grobdisperse Wasserblau. Ersteres wird verzögert, letzteres schneller in dem Kammerwasser der sympathektomierten Seite ausgeschieden. *Karczag* (Budapest).°°

Bloch, Giorgio: Esperienze sull'innervazione renale. (Experimente über die Innervation der Niere.) (*Clin. chir., univ., Padova.*) Sperimentale Jg. **79**, H. 5, S. 895 bis 899. 1925.

Reizung des Plexus renalis des Hundes mit frequenten Induktionsströmen ergab in allen Fällen eine beträchtliche Volumverminderung, Reizung mit seltenen Strömen in etwa der Hälfte der Fälle eine Volumvermehrung der Niere. Im Plexus renalis scheinen demnach sowohl vasoconstrictorische als auch dilatatorische Fasern enthalten zu sein. Mechanische Reizungen hatten inkonstante Wirkungen. Vasomotorische Reflexe auf die gekreuzte Niere waren nicht festzustellen. *Wachholder* (Breslau).°°

Brogsitter, Ad. M., und Wilh. Dreyfuss: Über die nervöse Beeinflussung der Nierensekretion. I. u. II. Mitt. (*II. med. Klin., Univ. München.*) Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. **107**, H. 5/6, S. 349—383. 1925.

Um eine Klärung der Frage der Niereninnervation beim Menschen herbeizuführen, wird die Ausscheidungstätigkeit der Niere unter Atropingaben geprüft. Diese führen durch Lähmung der parasympathischen Fasern zu einem verstärkten Splanchnicustonus. Die Atropinwirkung tritt an der normalen menschlichen Niere deutlicher in Erscheinung als an nicht ganz intakten Nieren. Es ergibt sich eine hemmende Wirkung auf die Ausscheidung von Wasser, NaCl, Kreatinin und Harnsäure. Alle harnfähigen Stoffe werden in ungefähr gleicher Weise wie Wasser retiniert. Nach Abklingen der Atropinwirkung tritt eine um so stärkere Ausscheidung auf. In einer 2. Mitteilung wird die Wirkung von Atropin und Pilocarpin auf die Phlorrhizinglykosurie geprüft. Es

Digitized by Google

ergibt sich, daß durch Atropin eine ausgeprägte Hemmung, durch Pilocarpin eine mächtige Förderung der Zuckerausscheidung erzielt wird. Es werden noch die Beobachtungsergebnisse von 2 Fällen mit Asthma bronchiale mitgeteilt, bei denen gleichfalls die Wirkung von Atropin und Pilocarpin auf die Phlorrhizinglykosurie geprüft wurde. Die Resultate sind widersprechend, so daß die kritische Besprechung derselben einer späteren Arbeit vorbehalten bleibt. *R. Greving* (Erlangen).

● **Dennig, Helmut: Die Innervation der Harnblase. Physiologie und Klinik. (Monogr. a. d. Gesamtgeb. d. Neurol. u. Psychiatrie. Hrsg. v. O. Foerster u. K. Wilmanns. H. 45.) Berlin: Julius Springer 1926. 98 S. RM. 6.90.**

Die Arbeit Dennigs aus der Heidelberger Medizinischen Klinik ist eine Monographie im besten Sinne. Sie behandelt nicht nur in erschöpfender Weise den gegenwärtigen Wissensstand in der Frage der Blaseninnervation vom physiologischen und klinischen Gesichtspunkte, sondern bringt eine solche Fülle eigener grundlegender Versuche am Tiere und am Menschen, daß ein Referat nicht ausreicht, um eine Übersicht gewinnen zu lassen. Die Funktion und Innervation sowie das Zusammenwirken der die Entleerung und der den Verschluß ausführenden Muskulatur, die Blasensensibiltät und die Frage der Möglichkeit, durch veränderte Zusammensetzung des Harns einen Einfluß auf den Harndrang zu gewinnen, waren in gleicher Weise Gegenstand seiner eingehenden Untersuchungen wie die Frage der Blasenzentren im Rückenmark und die Folgen der Querschnittsverletzungen. Andere seiner Versuche erstreckten sich auf die spinalen „Blasen"-bahnen (und zwar sowohl auf die motorischen als auf die sensiblen) und ihre Läsion bei den verschiedenen Spinalkrankheiten. Zu der Frage der corticalen und subcorticalen Blasenzentren liefert er wertvolle Beiträge und gibt eine kritische Übersicht über die Literatur dieses Gegenstandes, der Gehirnbahnen und der organischen und funktionellen Blasenstörungen. Den Schluß der Arbeit bilden Kapitel über Pharmakologie (Einwirkung verschiedener Gifte und Arzneimittel auf die Blasenfunktion), Diagnose und Therapie. Ein ausführliches Literaturverzeichnis ermöglicht jedem Interessenten das Auffinden der einschlägigen Arbeiten. Um nur einiges aus der Menge wertvoller Ergebnisse seiner Untersuchungen zusammenzustellen, sei hier vorzugsweise folgendes zitiert: Detrusor und Verschlußapparat der Blase (letzterer gebildet von der Heissschen Detrusorschlinge, dem Sphincter trigonalis, der platten Harnröhrenmuskulatur und dem quergestreiften Sphincter externus) sind direkt und reflektorisch innig miteinander verbunden. Bei der Austreibung wie bei der Zurückhaltung des Urins sind alle 3 Nervenpaare, die Nn. pelvici (parasympathisch), hypogastrici (sympathisch) und pudendi (somatisch) beteiligt. Der Ausfall einzelner Nerven kann von den übrigen oft noch kompensiert werden. Für die Austreibung des Urins sind die wichtigsten Nerven die Pelvici, nach deren Durchschneidung Restharn zurückbleibt. Die Fähigkeit, durch Kontraktion eine größere, wenn auch nicht die gesamte Harnmenge zu entleeren, bleibt der Blase auch nach völliger Isolierung des Zentralnervensystems. — Der Blasenverschluß wird immer gestört, sobald der Detrusor geschädigt ist. Die Zusammensetzung des Harns hat innerhalb der physiologischen Grenzen beim Normalen keinen Einfluß auf den Harndrang. Anders verhalten sich Flüssigkeiten, die die Schleimhaut stark reizen. Brüske Füllung unter hohem Druck ruft leicht Blasenkontraktion und Harndrang hervor. Entgegen der Ansicht von Roussy und Rossi u. a. treten nach D. bei Zerstörung der caudalen Rückenmarksabschnitte (Lenden- und Sakralmark) die gleichen Erscheinungen auf wie nach hoher Durchtrennung: zuerst Retention, die meist einige Wochen, aber auch nur 24 Stunden oder bis zu 18 Monaten dauert, dann reflektorische Entleerungen. In diesem letzteren Stadium handelt es sich um den Verlust der Fähigkeit der Blase zu anpassenden Tonusänderungen, die der normalen Blase zukommt: von Atonie oder Hypertonie spricht man hier am besten nicht. Die direkte willkürliche Beeinflussung der Blase ist bei Querschnittsläsion — gleichgültig in welcher Höhe — aufgehoben, aber neben der unwillkürlichen reflektorischen Entleerung können die Kranken durch gewisse Kunst-

Digitized by Google

griffe indirekt reflektorische Entleerung hervorrufen. — Sehr wahrscheinlich verlaufen die motorischen Bahnen für die Blaseninnervation in den Seitensträngen, in den Pyramidenbahnen oder in ihrer Nähe, die sensiblen Bahnen im Tractus spinothalamicus oder in dessen Nähe. Durch die hinteren Wurzeln gehen nur sensible, durch die vorderen nur motorische Nerven zur Blase. Für die Beherrschung der Blasenfunktion und die Form der Entleerungen ist es im großen Ganzen einerlei, ob sensible oder motorische Bahnen verletzt sind, da in beiden Fällen die wichtigen Reflexbahnen über subcorticale Zentren unterbrochen sind. Die wichtigsten Störungen sind: Detrusor-Atonie und Retention, erschwerte Willkürmiktion, Sphincterenschwäche, automatische Entleerungen, imperativer Harndrang. Es gibt nur je nach Schwere und Dauer der Verletzung Intensitätsunterschiede (nicht aber prinzipiell verschiedene Formen) zwischen motorischen und sensiblen Störungen. Nur doppelseitige Rückenmarksverletzung verursacht dauernde Blasenstörungen. Ein corticales Blasenzentrum liegt wahrscheinlich im Lobulus paracentralis nahe dem Fußzentrum. Ob auch nahe dem Hüftzentrum, wie Czylharz und Marburg, Oppenheim u. a. annehmen, ein Blasenzentrum liegt, erscheint D. weniger sicher. A. Adlers Hypothese, daß das erstgenannte der Entleerung, das zweiterwähnte der Zurückhaltung des Urins dient, hält er für unbewiesen. Subcorticale Zentren konnten beim Tier in der Höhe der Brücke, vielleicht auch im Hypothalamus oder Thalamus, nicht aber im Striatum oder Pallidum nachgewiesen werden. Beim Menschen sind bekanntlich Blasenstösungen bei Erkrankungen von Sriatum und Pallidum beschrieben worden. Es ist aber hier noch vieles der Aufklärung durch weitere Untersuchungen bedürftig. — Auch durch Apraxie können Störungen der Blasenbeherrschung erzeugt werden (Goldstein u. a.). Organische plötzliche Läsionen irgendwo im nervösen System für die Blase — Hirnrinde, subcorticale Zentren, Rückenmark oder N. pelvicus — verursachen zuerst durch „Schock" Detrusorlähmung: Überfüllung und mechanische Verstärkung des Verschlusses (durch Zuziehen der Detrusorschlinge?), dann folgt bei irreparabler Läsion reflektorische, aber unvollständige Entleerung, bewirkt von den Peripheriezentren auf Reize, die die Blase treffen. Das Hinzutreten der Rückenmarkszentren ändert die Miktion nur insoweit, als auch von anderen Körperstellen als der Blase der Reflex auszulösen ist. Die subcorticalen Zentren vermitteln die Fähigkeit völliger Entleerung, die corticalen die Möglichkeit der Hemmung und der willkürlichen Beherrschung. Bei der Besprechung der Enuresis („funktionelle Blasenstörungen") lehnt D. die Fuchssche Annahme der Entstehung aus Spina bifida occulta ab; wo sie bei Enuresis sich findet, ist sie ein belangloses Degenerationszeichen, das wir den übrigen bei dieser Störung oft anzutreffenden anreihen müssen. Der Ursprung ist überwiegend in der Psyche zu suchen. Die Dennigsche Arbeit ist für den Neurologen und den Urologen von gleich großer Bedeutung, ihre Lektüre kann nur aufs wärmste empfohlen werden. *Toby Cohn* (Berlin).

Smirnov, P.: Über corticale Innervation der Harnblase und des Mastdarmes. Sovremennaja psichonevrologija Jg. 1, Nr. 6/7, S. 108—121. 1925. (Russisch.)

An 7 Hirnschußfällen der Kriegszeit, deren 5 in den ersten Traumatagen, 2 im Vernarbungsstadium beobachtet worden sind, sucht Verf. die anovesicalen Störungen in lokaldiagnostischer Hinsicht zu interpretieren. 1. Die älteren Ansichten der Bechterewschen Schule, am Tierexperiment gewonnen und die corticale Lokalisation der anovesicalen Zentren betreffend, lassen sich an klinischen Tatsachen bestätigen. 2. Die Adlersche Theorie, die neben einem visceralen ein motorisches pyramidales Zentrum für die Harnblase vermutet, scheint am nächsten der Wahrheit zu stehen. 3. Angesichts apraktischer Störung seitens der Blase in einem Falle will Verf. nicht ausschließen die Existenz eines dritten, sog. assoziativen Zentrums, das von Adler in den Frontallappen versetzt wird. 4. Die Detrusorlähmung in einem der Fälle macht es wahrscheinlich, daß das Rindenzentrum nicht bloß zum Sphincter int. im Konnex sich findet. 5. Das Blasen- und Rectumzentrum finden sich nebeneinander. 6. Es liegt die Analogie nahe, daß auch sonstige Eingeweide ihre Repräsentation in der Hirnrinde besitzen. 7. Lange

Digitized by Google

anhaltende Funktionsstörung wird nur bei beiderseitiger Läsion der Zentren beobachtet. 8. Prävalenz des linken vor dem rechten Zentrum besteht nicht. 9. Die Möglichkeit der Assoziierung der Funktion der visceralen und pyramidalen Zentren zeugt von der Beeinflußbarkeit der autonomen Rindenfoci durch corticale Reflexe (bewußte Beeinflussung). Näheres über die Lokalisation wird leider nicht angegeben, was zu bedauern ist, da manche Beobachtungen (II, III, IV) nicht ganz überzeugend sind. (Bekanntlich stehen L. R. Müller und Laignel-Lavastine prinzipiell negativ der Konzeption von den vegetativen Rindenzentren gegenüber; Ref.) *Higier* (Warschau).

Kahn, R.: Die Innervation der Milchdrüse. (*Physiol. Inst., dtsch. Univ. Prag.*) Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 47, S. 2256. 1925.

Verf. untersucht mit einer von ihm ausgearbeiteten Methode den Nerveneinfluß auf die Lactation. Nach einseitiger Durchschneidung des N. spermat. ext. beim Meerschweinchen werden in dem Sekret beider Seiten die wichtigsten Milchbestandteile bestimmt. Es ergeben sich erhebliche Differenzen vorwiegend im Fettgehalt (0,9—15,2 Gew.-Proz.) zugunsten der entnervten Seite, seltener im Casein- und Zuckergehalt. Der schwankende, bald höhere, bald niedere Zuckergehalt läßt eine bloße Verringerung der Wasserausscheidung ausschließen. Verf. schließt aus diesen Befunden auf einen spezifischen Einfluß des Nervensystems auf die Sekretion bzw. Stoffproduktion im Sinne regulatorischer Beschränkung. *Mader.*°°

Hess, Leo, und Eugen Pollak: Zur Kenntnis der Innervation des Pankreas. (*Neurol. Inst., Univ. Wien.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 48, H. 6, S. 724—730. 1926.

Um den anatomischen Aufbau der vegetativen Innervation des Pankreas zu klären, wurde bei 6 Hunden das Pankreas total exstirpiert. Durch Insulin wurden die Tiere verschieden lange Zeit am Leben erhalten; die längste Beobachtungsdauer betrug 22 Tage, 4 Tiere wurden nach 10—14 Tagen getötet. Im Zentralnervensystem, besonders im Bereich des Globus pallidus, in der Umgebung des 3. Ventrikels, sowie im Gebiete des vegetativen Oblongatakernes fanden sich keine degenerativen Veränderungen. Im Ganglion coeliacum waren die Veränderungen nur geringfügig. Im Gegensatz hierzu stehen die Vagusganglien, von denen das Ganglion jugulare besonders ausgeprägte retrograde Zellveränderungen zeigte. Die Stärke der hier gefundenen Veränderungen weist darauf hin, daß wir hier mit größter Wahrscheinlichkeit eine zentrale Schaltstätte von Fasern vor uns haben, die zum Pankreas innervatorisch in Beziehung stehen.

R. Greving (Erlangen).

Wohlgemuth, J., und T. Seo: Über experimentell erzeugte chronische Sympathicotonie. II. (*Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.*) Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 30, S. 1443—1445. 1925.

Im Verfolg früherer Untersuchungen zeigen Verf. mit mannigfachen Methoden, daß die Unterbindung des Ausführungsganges des Pankreas tatsächlich eine chronisch anhaltende Sympathicotonie erzeugt. Der Adrenalingehalt des Blutes ist erhöht. Auch bestand dauernd die für die Sympathicotonie charakteristische Elektrolytverschiebung im Blut. Die Sympathicotonie wird als die Folge einer leichten Schädigung der Langerhansschen Inseln infolge Schrumpfung der Acini aufgefaßt. (Vgl. dies. Zentrlbl. **39**, 113.) *F. H. Lewy* (Berlin).

Veits, Cornelius: Nachprüfungen über den Ohr-Lidschlagreflex. (*Oto-rhinol. Klin., dtsch. Univ. Prag.*) Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 14, H. 1/2, S. 308 bis 311. 1926.

Der Kisch sche Oberlidschlagreflex läßt sich auch bei Erkrankungen von Nase und Rachen in der weitüberwiegenden Mehrzahl der Fälle nachweisen, vorausgesetzt allerdings, daß die Patienten ohr- und nervengesund sind. *Pette* (Hamburg).

Ostrowski, Stanislaw: Der oculokardiale Reflex bei an Dermatosen leidenden Kranken unter dem Einfluß vegetativer Gifte. (*Klin. dermatol., univ., Lwów.*) Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 51, S. 1074—1078. 1925. (Polnisch.)

Als positiver Reflex gilt nach Verf. eintretende Pulsverlangsamung bei Bulbusdruck, als negativer fehlende Reaktion, als inverser sich einstellende Tachykardie. Versuche nach Daniélopulo mit Atropin, Pilocarpin, Adrenalin, Hinterhypophysen-

Digitized by Google

und Schilddrüsenextrakt. Auf 35 Dermatosefällen zeigten 2 unbestimmte Ergebnisse, 18 positive, 10 negative, 5 inversen Reaktionstypus. Bei Pyodermien ist die Reaktion meist positiv, bei Psoriasis negativ, bei Hauttuberkulose invers. Theoretische, nicht ganz überzeugende Interpretation der Versuchsergebnisse. *Higier* (Warschau).

Muck, O.: Über das Wesen und die klinische Bedeutung eines nasalen vasomotorischen Reflexphänomens. (*Städt. Krankenanst. u. Knappschafts-Nervenkrankenh. Lührmannstiftung, Essen.*) Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **13**, H. 3, S. 311 bis 315. 1926.

Bei Bestreichen der nach Adrenalinbetupfung blaß gewordenen Nasenschleimhaut mit einem Sondenknopf tritt reflektorisch eine Röte für 1—15 Minuten auf (vasodilatorischer Reflex). Unter bestimmten pathologischen Bedingungen kommt es statt dessen zu einem weißen Strich, als Ausdruck einer erneuten Vasokontraktion. Der Versuch gibt also Aufschluß über den örtlichen Gehirngefäßsympathicotonus. Die vasokonstriktorische Reaktion fand Verf. bei Hemicranie, Epilepsie, Schwangerschaft, bestimmten Menièreformen, im Spätstadium der Lues, hier auch bei negativem Liquorwassermann, bei Schädelverletzungen, nicht aber bei Gesunden.

K. Loewenstein (Berlin).

Manjkovskij, B., und W. Beder: Inversion des Babinskischen Zeichens und ihr Entstehungsmechanismus. Sovremennaja psichonevrologija Jg. 1, Nr. 1, S. 34—44. 1925. (Russisch.)

Verff. untersuchen den Einfluß der Stellung der unteren Extremität auf das Babinskische Zeichen. Nachdem schon Bychowski u. a. darauf hingewiesen haben, daß bei Bauchlage des Untersuchten mit gebeugtem Kniegelenk sich das Babinskische Zeichen nicht selten (ein Drittel der Fälle) in eine Plantarflexion sämtlicher Zehen verwandelt, haben die Verff. diese Angabe an 84 Kranken nachgeprüft, von denen 28 gehirnkrank, 38 rückenmarkskrank und 17 gemischte Fälle waren. Verff. untersuchten in Bauchlage 1. mit etwa im rechten Winkel („Z"-Form) gebeugten Kniegelenken und 2. mit maximal, spitzwinklig gebeugten Knie- und Sprunggelenken; 3) in Rückenlage mit maximal gebeugten Hüft-, Knie- und Sprunggelenken mit und ohne Rotation und Abduktion der Extremität. Es erwies sich, daß bei Bauchlage mit Kniegelenken in „Z"-Form bei 47 von 84 Fällen keine Inversion des Babinskischen Zeichens eintrat, während es bei 22 zu einer Plantarflexion kam und bei 14 entweder überhaupt kein Reflex erfolgte oder der Babinskireflex nur schwer auszulösen war. Bei maximaler Beugung der Gelenke ergaben sich 44 Fälle ohne Änderung, 25 mit Plantarflexion und 15 mit Fehlen oder Abschwächung des Babinskireflexes. Aber auch bei Rückenlage mit maximal gebeugten Gelenken ergab sich in 23% Inversion, in 8% Fehlen bzw. Schwäche des Babinskireflexes, d. h. es handelt sich fast um dieselben Zahlen wie bei Bauchlage. Verff. stellen fest, daß die Ergebnisse umso besser sind, je größer die Beugung der Gelenke ist, d. h. je größer die Verkürzung der Extremität ist. Auf Grund ihrer Untersuchungen kommen die Verff. zu folgenden Schlüssen: 1. Die Inversion des Babinskischen Zeichens hängt von der Verkürzung der Extremität ab (nicht aber von ihrer Stellung bzw. Lage im Raum). Bei stärkerer Beugung der Gelenke wächst die Zahl der Inversionsfälle. 2. Bei flektierter unterer Extremität erfolgt die Plantarflexion der Zehen infolge reflektorischer propriozeptiv bedingter Umschaltungen des Muskeltonus (nicht aber infolge Änderungen der Blutversorgung, und nicht infolge durch die Stellung bedingter rein lokaler Erhöhung des Tonus der betreffenden Muskeln).

Bresowsky (Dorpat).

Psychologie und allgemeine Psychopathologie.

Heuler, Karl: Moderne und deskriptive Psychologie. (*Psychol. Inst., Univ. Würzburg.*) Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. **53**, H. 4, S. 341—382. 1925.

Den Gegensatz zwischen der alten und modernen Psychologie sucht Verf. darin, daß die alte empirische Psychologie auf natürlicher Wahrnehmung und Beobachtung

Digitized by Google

und dem Experiment im weiteren Sinn, die moderne Psychologie auf künstlicher Wahrnehmung und Beobachtung, dem Experiment im engeren Sinn und der Statistik beruhe. Als Anhänger der Würzburger Schule sucht der Verf. durch eine Kritik von H. Maiers Buch die „Psychologie des emotionalen Denkens" die Unzulänglichkeit der deskriptiven, nicht auf dem Experiment fundierten Psychologie nachzuweisen. Experiment und Statistik entsprechen nach der Meinung des Verf. allein jenen Anforderungen, die man an Methoden stellt, um der mit diesen Methoden arbeitenden Disziplin den Charakter einer positiven Wissenschaft zu geben, während die Analyse der deskriptiven Psychologie diese Anforderungen nicht erfüllt. Nur die moderne experimentelle Psychologie sei also befähigt, uns gültige Aufschlüsse über die psychischen Tatsachen zu liefern.

Erwin Straus (Berlin-Charlottenburg).

Schewalev, E.: Über psychische Kapazität. Sovremennaja psichonevrologija Jg. 1, Nr. 5, S. 3—21. 1925. (Russisch.)

Schewalev behandelt in der recht lesenswerten Arbeit die interessante Frage von der psychischen Kapazität. Er versteht darunter den Umfang der verschiedenen psychischen Funktionen. Bei der Untersuchung mit Hilfe des Assoziationsexperiments ist zu berücksichtigen, daß die verbale Reaktion nicht immer dem psychischen Erlebnis adäquat zu sein braucht. Vielleicht handelt es sich hier auch um einen Kampf verschiedener Komponenten um die „letzte gemeinsame Strecke". Es wird dann die affektive Kapazität besonders ausführlich besprochen und auf zwei entgegengesetzte Zustände hingewiesen. In dem einen Fall entsteht unter dem Einfluß von Katastrophen eine „emotionelle Lähmung" (Bälz, Bashenow). In anderen Fällen entstehen „Höchstleistungen durch seelische Einflüsse und durch Daseinsnotwendigkeiten" (Bier). Die richtige objektive Würdigung eines Individuums muß sich nicht nur auf die psychischen Eigenschaften begründen, die im alltäglichen Betragen zum Vorschein kommen, sondern auch auf seine potentiellen Kräfte. *M. Kroll* (Minsk).

Meyer, Adolf: Genetisch-dynamische Psychologie versus Nosologie. (*Psychiatr. clin., Johns Hopkins hosp., Baltimore.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **101**, S. 406—427. 1926.

Ausführliche Auseinandersetzungen im Sinne dessen, was wir nach Birnbaum Strukturanalyse nennen. Da Verf. seine eigene Nomenklatur hat, ist es nicht immer leicht, ihm zu folgen. *Eugen Kahn* (München).

Kunz-Binningen, Hans: Zur phänomenologischen Psychologie der Einsamkeit. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **100**, H. 4/5, S. 700—705. 1926.

Verf. sucht die seelische Gegebenheitsweise, das Einsamkeitserlebnis, möglichst klar zu umschreiben und von ähnlichen psychischen Situationen zu sondern, wobei er auch psychopathologisches Material heranzieht. Er kommt zu dem Schluß, daß speziell bei der Schizophrenie die Einsamkeit als etwas Fremdes, vom Ich Abgetrenntes erlebt werde. *Birnbaum* (Herzberge).

● **Laird, John: Our minds and their bodies. (The world's manuals, Nr. 35.)** (Leib und Seele.) London: Oxford univ. press 1925. 122 S. 2/6.

Allgemeinverständliche und gründliche Einführung in das Leib-Seele-Problem, die vom Standpunkt des „Common Sense" ausgehend, die historisch vorliegenden und überhaupt möglich scheinenden Lösungsversuche behandelt oder — richtiger gesagt — mit dem Leser zusammen entwickelt. — Nach Besprechung der rein physiologischen Theorien folgt die Auseinandersetzung mit den moderneren, metaphysischen Anschauungen, mit Materialismus und Mechanismus, mit Freud (die Hilfshypothese des Unbewußten wird abgelehnt), mit Bergson, dem ein besonderes Kapitel gewidmet ist, mit Parallelismus und philosophischem Dualismus. Eine in ihrer gedanklichen Sauberkeit und Klarheit auch für den deutschen Leser brauchbare Übersicht. *Eva Rothmann* (Berlin).

Tigerstedt, Carl: Der Blutdruck des Menschen bei psychischer Erregung. (*Univ. fysiol. Inst., Univ. Helsingfors.*) Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. **67**, Nr. 12, S. 1054—1063. 1925. (Schwedisch.)

Tigerstedt untersuchte den Blutdruck bei verschiedenen Zuständen psychischer Anspannungsbewegung. Bei einigen Examenskandidaten war der Blutdruck durch-

Digitized by Google

schnittlich 13 mm höher als nach dem absolvierten Examen. Die Versuche wurden bei mündlichen und schriftlichen Prüfungen mit der Recklinghausenschen Manschette vorgenommen. Auch psychische Einflüsse suggestiver Art, so das Bewußtsein oder die Furcht vor gesteigertem Blutdruck können erregend und blutdruckerhöhend wirken. Wenn man berücksichtigt, daß geringe psychische Erregungen den systolischen Blutdruck des Menschen steigern können, so ist jede Beurteilung des Blutdrucks auch von diesem Gesichtspunkte zu bewerten. Die psychische Erregung wirkt teils auf das Gefäßsystem, teils auf die Nebennieren reflektorisch. Einige Versuchspersonen zeigten nach dem Examen einen positiven Ausfall der Nylanderschen Urinprobe. Die Schwankungen des Blutdrucks konnten bei den Untersuchten unter verschiedenen Bedingungen mitunter 40 mm Hg betragen. — (Sicher liegen die Verhältnisse bei pathologischen Erregungszuständen, so der Manisch-Depressiven usw., anders. Ref.)

S. Kalischer (Schlachtensee-Berlin).

Wechsler, David: Further comment on the psychological significance of the galvanic reaction. (Zur psychologischen Bedeutung der psycho-galvanischen Reaktion.) Brit. journ. of psychol., gen. sect. Bd. **16**, Nr. 2, S. 136—139. 1925.

Polemik gegen eine Arbeit von H. M. Wells, die nach Ansicht des Verf. die Ergebnisse ihrer eigenen Versuche, in denen sie die psychogalvanische Reaktion bei Wahlversuchen prüfte, nicht richtig gedeutet hat. Wells bestreitet den affektiven, emotionalen Charakter der Reakaktion auf Grund der Selbstbeobachtung ihrer Versuchspersonen ohne zu berücksichtigen, daß affektive Prozesse ja keineswegs bewußt zu werden brauchen. Verf. betont, daß Bewußtseinsvorgänge keinerlei Kriterium für oder wider die affektive Grundlage der psychogalvanischen Reaktion bilden können. *Eva Rothmann* (Berlin).

Aveling, F., and R. J. S. Mc Dowall: A note on the „psychogalvanic" reactions of anaesthetised cats. (Über „psychogalvanische" Reaktionen anaesthesierter Tiere.) (*Physiol. a. psychol. laborat., King's coll., univ., London.*) Brit. journ. of psychol., gen. sect. Bd. **16**, Nr. 1, S. 50—52. 1925.

Verff. beobachten in ihren Tierversuchen den sogenannten psychogalvanischen Reflex auch an decerebrierten Tieren, an Tieren, die enthäutet waren usw., was die üblichen Theorien des psychogalvanischen Reflexes widerlegt. Dieser erweist sich ihnen als ein ziemlich primitiver Einstellreflex, der — völlig unabhängig von Bewußtseinsvorgängen — dem Organismus nach einer Schockwirkung irgendwie zu seinem Gleichgewicht verhilft. *Eva Rothmann* (Berlin).

Ivanov-Smolenskij, A.: Über Bedingungsreflexe am Menschen und ihre Bedeutung für die Psychiatrie. (*Psychiatr. Klin., med.-milit. Akad., Leningrad.*) Zeitschr. f. Psychol., Neurol. u. Psychiatrie Bd. **5**, S. 7—21. 1924. (Russisch.)

Die vom Verf. vorgeschlagene Methode zur Feststellung bedingter Reflexe am Menschen erstrebt das Ziel, nur diejenigen Reaktionen auszunutzen, die hauptsächlich mit der Sprache zusammenhängen und die vom physiologischen Standpunkte nichts anderes als bedingte Reflexe des Cortex sind. *Mark Serejskij* (Moskau).

Eldridge, Seba: Instinct, habit and intelligence in social life. (Instinkt, Gewohnheit und Intelligenz im Gemeinschaftsleben.) Journ. of abnorm. psychol. a. soc. psychol. Bd. **19**, Nr. 2, S. 142—154. 1924.

Vorwiegend polemische Auseinandersetzungen über die Bedeutung der angeborenen und der in der Entwicklung des späteren Lebens durch Gewohnheit und Erfahrung erworbenen Eigentümlichkeiten des Verhaltens. Gegenüber den verschiedenen extremen Auffassungen sucht der Verf. eine Mittelstellung zu gewinnen. Die Realität instinktiver Antriebe und ihre Bedeutung für das Verhalten des Menschen soll zugegeben werden, aber trotzdem die Wichtigkeit der Gewohnheit von allgemeinen kulturellen und Umweltfaktoren hervorgehoben werden. Dabei bleibt noch die Frage unentschieden, wieweit es möglich ist, die angeborenen Instinkte durch den Intellekt im sozialen Sinne einzudämmen und durch erzieherische Maßnahmen einer nützlichen Verwertung zuzuführen. Verf. verzichtet aus Raummangel zu dieser Frage Stellung zu nehmen. *Erwin Straus* (Berlin-Charlottenburg).

Digitized by Google

Bugnion, E.: The origin of instinct. A study of the war between the ants and the termites. (Der Ursprung des Instinktes. Eine Untersuchung der Feindschaft zwischen den Ameisen und Termiten.) Psyche Nr. 22, S. 6—41. 1925.

Abdruck des von Bugnion verfaßten Kapitels über die Ameisen-Termitenkriege aus der englischen Übersetzung des neuen Forelschen Ameisenwerkes. Verfasser beobachtete auf Ceylon. Hier sei nur weniges herausgehoben. — Die Galeriebauten sind zweifellos Schutzmaßnahmen gegen die roten Ameisen. Wenn die Geschlechtstiere aus der derart kleinen Öffnung, daß nur immer ein Tier sie gleichzeitig passieren kann, alle ausgeflogen sind, wird auch dieses kleine Loch sofort vermauert. Von den Schwärmenden fällt weitaus die Mehrzahl den Ameisen zum Opfer. Die Reparatur eines Loches, durch das Ameisen einzudringen begannen, unter soldatischer Bewachung wird bei Termes Redemanni eingehend beschrieben. Hier obsiegten die Termiten. Die Soldaten sollen die mauernden Arbeiter durch akustische Signale auf den Plan rufen. Die Soldaten sind blind und doch äußerst lichtscheu. — Der Soldat von Eutermesarten spritzt aus seinem Horn eine klebrige Flüssigkeit, die die Ameisen durch Verkleben ihrer Extremitäten völlig lahmlegt. Sofort nach Beschädigung einer Galerie von Eutermes ceylanicus beginnt die Reparatur; die Soldaten schützen die Baustelle, ein Arbeiter tut aus dem Anus ein Tröpfchen gelblicher Flüssigkeit auf die schadhafte Stelle, ein zweiter legt ein Sandkorn darauf. Sowie ein Arbeiter sich nähert, macht der Soldat ihm entsprechend Platz, ja es ist auch die Rede davon, daß er dem Arbeiter seinen Platz anweise (?). Eutermes monoceros baut keine Galerien, sondern zieht im Freien in kleinen Trupps aus, die rund herum von Soldaten geschützt sind. Soldaten gehen als Kundschafter voran und holen angeblich die Masse hinterher. Bei großen nächtlichen Zügen, wo auf den Meter Straßenlänge gegen 1000 Ameisen treffen, halten beiderseits der Straße gegen 240 Soldaten Wache mit den Mandibeln nach außen (Lichtbild). So können die Arbeiter in Frieden ihre Straße ziehen. — Capritermes-Soldaten haben spiralig gekrümmte sehr lange Mandibeln; indem sie diese gegen den Boden pressen und plötzlich loslassen, können sie sich 20—30 cm durch die Luft schnellen und so den Feinden entkommen. — Bei Calotermes tun die Larven Arbeiterdienste. Freigelegte Gänge im Holz wurden sofort von Ameisen (Pheidologeton diversus) erobert, die erstaunliche Verheerungen unter den Termiten anrichteten. Auch Ponerinen und Dorylinen sind erbitterte Termitenfeinde. *Koehler.*

Sante de Sanctis: La curva del lavoro mentale. Ricerche e deduzioni. (Die Kurve der geistigen Arbeit. Untersuchungen und Deduktionen.) Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 193—201. 1925.

Die Methoden des einfachen Lesens (von 2000 sinnvollen Worten) und des Lesens mit Ergänzungen (der gleichen, aber verstümmelten Worte) ergeben, wenn man in Zwischenräumen von 9 Min. die Zahl der gelesenen Worte notiert, verschiedene Kurven. Die Kurve des einfachen Lesens sinkt infolge der Muskelarbeit (Phonation, Augenbewegungen), die des Lesens mit Ergänzungen steigt durch Übungszuwachs. Beide aufeinander bezogen, lassen eine Differenzkurve konstruieren, die die Arbeit der Ergänzung anzeigt. Man kann so die Dauer der Ergänzung und die Kurve der Arbeit des „geistigen" Lesens (mit Verständnis) berechnen. Wird das Lesen mit Ergänzung wiederholt, so wird die geistige Arbeit automatisiert, und beide Kurven (einfaches Lesen und Lesen mit Ergänzung) nähern sich. Die rein geistige Arbeit strebt also nach Organisation und Konstruktion gegen Widerstände. Die geistige Leistung wird von Außenumständen in die richtige Bahn gelenkt. Verf. schließt mit kurzer Darlegung der Unterschiede zwischen geistiger und physischer Arbeit. *Kastan* (Hamburg).

● **Wunderlich, Herbert: Die Einwirkung einförmiger zwangsläufiger Arbeit auf die Persönlichkeitsstruktur. Ein experimenteller Beitrag zur industriellen Psychotechnik. (Schriften z. Psychol. d. Berufseignung u. d. Wirtschaftslebens. Hrsg. v. Otto Lipmann u. William Stern. H. 31.)** Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1925. 53 S. RM. 1.80.

In der Endeinstellung zu einem zwangsläufig einförmigen Arbeitsvorgang lassen sich 3 Typen unterscheiden. Der erste wird vom Verf. als Ganzheitstypus bezeichnet. Er trägt die Notwendigkeit zum Schaffen in sich, d. h. der bewußten Ausführung einer Tätigkeit bis zu deren Vollendung, unter Beteiligung der Aktivität seiner ganzen Persönlichkeit. Sein Erleben muß auf den ganzen Tätigkeitsverlauf bezogen sein und dieses Erlebnis seine Handlung bestimmen. Aus der Inanspruchnahme der ganzen Persönlichkeit erwächst das Streben, durch die Tätigkeit ein Ziel zu erreichen, um so mit dem mechanischen Handeln zugleich eine spontane ideelle Auswirkung zu erfahren.

Digitized by Google

Durch die der freien Auswirkung in dem gleichförmigen Arbeitsverlauf aufgezwungene Hemmung entsteht ein unlustbetonter Zustand, der als Monotonie bezeichnet wird. — Typ B besitzt die Fähigkeit der Spaltung seiner Bewußtseinsrichtung, sie erstreckt sich sowohl auf die mechanisch vollzogene Handlung, als auch auf seine ideelle Auswirkung während derselben in gleicher Intensität. Typ C kann seine Aktivität während der Arbeit auf die unabhängig davon verlaufenden Ideenverbindungen konzentrieren, während der Tätigkeitsverlauf als eine vollkommen mechanisierte, motorische Handlung geschieht, die nicht seiner bewußten sinnlichen Kontrolle untersteht. Seine Erlebnissphäre bezieht sich dann im wesentlichen auf seine Gedankengänge und auf die Tätigkeit nur in Form des rhythmisch-motorischen Gerichtetseins, das für die Bewußtseinslage die Intensität wie die des indirekten Sehens bei optischer Wahrnehmung besitzt. Die Folgerungen, die Wunderlich aus seinen Untersuchungen für die Psychotechnik, Berufsberatung zieht, sind auch für die Beschäftigungstherapie von Interesse. Die Versuchsanordnung und Einzelergebnisse müssen im Original nachgelesen werden.

Straus (Berlin-Charlottenburg).

● **Fröhlich, Karl: Studien zur Frage nach der Realität des Göttlichen in der neuesten deutschen Religionsphilosophie. (Abh. z. Philosophie u. Psychol. d. Religion. Hrsg. v. G. Wunderle. H. 6/7.)** Würzburg: Becker 1925. 297. RM. 5.50.

Das Buch ist eine ebenso gründliche wie kritische Darstellung der „philosophischen Religion" unserer Zeit, das von Kant aus über die Gedankengänge der Neukantianer, Vaihingers zur Erlebnisreligiosität von Simmel und Scholz führt und bei dem neuen „metaphysischen Realismus" (Scholz, Scheler) endet. Verf. vertritt unter Ablehnung der „idealistischen" Verflüchtigung des Gottesbegriffes zur „Idee" oder zur „Fiktion" einen „metaphysischen Realismus", für den die Gottheit eine „transsubjektive Wirklichkeit" ist, die allerdings nicht unmittelbar adäquat erkannt wird, sondern (im Sinne von N. Hartmann) nur in unvollkommenen Repräsentationen im Bewußtsein zur Darstellung kommt. Das Buch gibt einen lebendigen Eindruck von der religiösen Problematik unserer Zeit. Den Psychopathologen dürften die Bemerkungen über das Unbeweislichkeitsgefühl als vermeintliches Kriterium der religiösen Wahrheit und über die Religiosität der Schizophrenen (S. 258) interessieren.

Storch (Tübingen).

● **Seng, Herbert: Die Heilungen Jesu in medizinischer Beleuchtung. (Arzt u. Seelsorger. Hrsg. v. Carl Schweitzer. H. 4.)** Schwerin i. Mecklb.: Friedrich Bahn 1926. 23 S. RM. —.90.

Verf. behandelt vom medizinischen Standpunkt, aber mit religiöser Einstellung die Frage der religiösen Heilungen, wobei er das Leib-Seele-Problem aus ihrer übergreifenden Ganzheit zu erfassen sucht. Besondere medikopsychologische Erkenntnisse werden nicht dargeboten.

Birnbaum (Herzberge).

Guyader, Raoul: La raison dans la crise de doute religieux. (Religiöse Krise.) Journ. de psychol. norm. et pathol, Jg. 22, Nr. 10, S. 835—881. 1925.

An der Hand eines ausführlichen Tagebuches eines jungen Katholiken, der im Priesterseminar zu zweifeln begann, gibt Guyader eine ausführliche Darstellung dieser religiösen Krise, die schließlich dazu führte, daß der Verfasser des Tagebuchs dem geistlichen Beruf entsagte. Die Rolle moralischer, allgemein philosophischer und rein rationaler Motive bei dieser Wandlung wird im einzelnen verfolgt und mit ähnlichen bekannten autobiographischen Darstellungen, besonders mit Renan, verglichen. Obwohl der Ton des Ganzen oft apologetisch ist — vielleicht ist der Verf. mit dem Seminaristen identisch? —, sind besonders die Tagebuchauszüge psychologisch sehr interessant.

W. Mayer-Gross (Heidelberg).

Winkler, Johannes: Die Toba-Batak auf Sumatra in gesunden und kranken Tagen. Ein Beitrag zur Kenntnis des animistischen Heidentums. Stuttgart: Belzer 1925. IV, 234 S. RM. 5.50.

Dem Verf., der fast 20 Jahre als Missionsarzt in Sumatra weilte, ist es insbes. durch die eingehende Auskunft, die er durch einen batakschen Zauberdoktor erhielt, gelungen, in die eigenartige Gedankenwelt des Batak-Stammes einzudringen und ein für Ethnologen, Religionsforscher und Psychologen beachtenswertes Material zu Tage zu fördern. Das Buch,

Digitized by Google

eine Weiterführung des in ethnologischen Kreisen bekannten Batak-Werkes von Warneck, behandelt bes. eingehend die ganz in primitive Magie getauchte Hygiene und Medizin der Batak und dürfte daher auch medizingeschichtliches Interesse beanspruchen.

Storch (Tübingen).

● **Gaupp, Robert: Psychologie des Kindes. 5., vielf. veränd. Aufl. (Aus Natur u. Geisteswelt. Bd. 1001.)** Leipzig u. Berlin: B. G. Teubner 1925. 192 S. RM. 3.–.

Es sind jetzt 22 Jahre her, seit Gaupp in Heidelberg in einem Ferienkursus für Lehrer und Lehrerinnen 8 Vorlesungen aus dem Gebiete der Psychologie des Kindes hielt. Daraus ist der Abriß entstanden, der nunmehr in 5. Auflage vorliegt. Es ist für die Seelenkunde des Kindes bedeutsam geblieben, daß an ihrer Erforschung und Verbreitung Psychiater sich dauernd beteiligt haben. Hierdurch sind ihr Gesichtspunkte und Anregungen zugekommen, die der Psychologie des Normalen allein nicht hätten entnommen werden können, und andererseits hat die Psychiatrie und Psychopathologie Beziehungen zur Pädagogik gewonnen, die sie heute überhaupt nicht mehr entbehren kann. In diesem Verknüpfungskreise hat Gaupps Psychologie des Kindes in Inhalt und Darstellungsart eine dem Zweck der Verbreitung des Grundwissens in weiten Kreisen besonders glücklich entsprechende Form gefunden. Der gegebene Rahmen erwies sich als aufnahmefähig auch für die wesentlichsten Fortschritte des Gebietes in den letzten 8 Jahren, und die neue Auflage berücksichtigt auch in Kürze die Beziehungen zur Tierpsychologie, Völkerpsychologie, Psychoanalyse, Typenbildung usw. Der Jugendpsychologie ist mit Absicht nur eine kurze Besprechung gewidmet worden, und die Darstellung der seelischen Abnormitäten des Kindesalters wurde ausgeschieden, da sie in einem besonderen Bändchen der gleichen Sammlung von Mönkemöller übernommen worden war. Der Wunsch des Verfassers, daß auch die neue Auflage gute Freunde finden möge, ist auch der des Referenten. *Homburger* (Heidelberg).

● **Compayré, Gabriel: Die Entwicklung der Kindesseele. Übersetzt v. Chr. Ufer. 2. neu durchgearb. Aufl. (Internat. Bibliothek f. Pädag. u. deren Hilfswiss. Hrsg. v. Chr. Ufer. Bd. 1.)** Altenburg i. Thür.: Oskar Bonde 1924. VII, 457 S. G.-M. 8.–.

Die 1. Auflage der deutschen Ausgabe „des" französischen kinderpsychologischen Lehrbuches liegt nun 24 Jahre zurück, das Original selbst erschien 1893. So ist es kein Wunder, daß sich seitdem vieles in der Wissenschaft von der seelischen Entwicklung des Kindes gewandelt hat. Die neue Auflage des Compayréschen Werkes nimmt hierauf keine Rücksicht, nur vereinzelte neue Anmerkungen bringen einige Ergänzungen. Trotzdem ist es verdienstlich, daß das französische Werk wieder deutsch zu haben ist, es hat seinen festen Platz unter den wichtigen Büchern der Kinderpsychologie. *Gruhle* (Heidelberg).

● **Koffka, K.: Die Grundlagen der psychischen Entwicklung. Eine Einführung in die Kinderpsychologie. 2. verb. Aufl.** Osterwieck a. H.: A. W. Zickfeldt 1925. VIII, 299 S. Geb. G.-M. 7.80.

Das Buch von Koffka, das bereits bei seinem ersten Erscheinen hinsichtlich seiner großen Bedeutung für die Kinderpsychologie in Band 33 dieser Zeitschrift eingehend besprochen worden ist, liegt in zweiter Auflage vor. Wenn das Werk in seinen großen Grundsätzen das gleiche geblieben ist, so sind bei der Neubearbeitung die neueren Forschungsergebnisse anderer führender Kinderpsychologen, insbesondere Stern und Bühler, nach Möglichkeit berücksichtigt worden. Das Buch wird auch in seiner Neuauflage zahlreiche Freunde gewinnen. *Schob* (Dresden).

● **Knabe, Erich Karl: Die sexuelle Frage und der Seelsorger. (Arzt u. Seelsorger. Hrsg. v. Carl Schweitzer. H. 3.)** Schwerin i. Mecklb.: Friedrich Bahn 1926. 14 S. RM. —.60.

Verf. nimmt vom Standpunkte des christlichen Seelsorgers zur sexuellen Frage Stellung und tritt dafür ein, daß Arzt und Seelsorger die sexuelle Not gemeinsam bekämpfen, indem sie die sexuelle Frage von Materialismus und autonomer Ethik loslösen. *Birnbaum* (Herzberge).

Digitized by Google

Schneersohn, F.: Die Wirkung von katastrophalen Ereignissen auf die Seele des normalen und anormalen Kindes. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 48, H. 1/2, S. 100 bis 122. 1924.

Verf. bringt in dem bisher vorliegenden Teil seiner Arbeit eine Übersicht der Methoden, die als Mittel und Wege zur objektiven Beobachtung und Registrierung der psychischen Veränderung des Kindes beim bzw. nach dem Erleben katastrophaler Geschehnisse dienen. Er unterscheidet: A. Statistische Methoden, die in allgemeine und spezielle Enquetenuntersuchungen untergeteilt werden, und B. Psychologische Methoden, zu denen 1. Selbsterinnerung des Erwachsenen, 2. Reizmethode (z. B. Reaktion des Kindes auf Bilder), 3. direkte Beobachtung, 4. Ausfragung, 5. Phantasieuntersuchung, 6. Erinnerungsmethode, 7. Zeichnungen, 8. Spieluntersuchungen gehören. Diese verschiedenen Methoden werden in bezug auf ihren Wert kritisch besprochen und besonders darauf hingewiesen, daß das wesentliche und verantwortungsvolle Moment in der kritischen Bearbeitung des Materials liegt.

Max Grünthal (Berlin).

Icard, Séverin: L'âme des mourants. (Die Seele des Sterbenden.) Sud méd. et chir. Jg. 57, Nr. 2052, S. 3612—3636. 1925.

Der vorliegende Aufsatz bildet die Fortsetzung einer früher erschienenen Arbeit, an welcher der Verf. beteiligt war („Der Tod, seine Diagnose und das plötzliche Sterben") und soll seine Fortsetzung in weiteren Abhandlungen aus dem gleichen Stoffkreis finden. Der Verf. unterscheidet Agonie, relativen Tod und absoluten Tod als drei physiologische Stadien, die in jedem Falle eintreten, und läßt daneben noch als eine seltene Ausnahme den Scheintod gelten; dabei kennzeichnet er als relativen Tod jenen Zustand, in welchem die Organe zu funktionieren aufgehört haben, aber noch intakt sind und durch Experiment oder klinische Maßnahmen evtl. wieder zum Leben zurückgerufen werden können, während beim Scheintod die Funktionen nur sehr abgeschwächt, auf ein Minimum reduziert sind und Leben spontan wieder eintreten kann. Aus der Fülle der Tatsachen über die Agonie werden nun hier einige hervorgehoben und besprochen. Zunächst weist der Verf. hin auf das längere Erhaltenbleiben des Gehörs, dann aber auf tatsächlich bestehendes Bewußtsein bei scheinbar schon bewußtlosen Sterbenden; ferner führt er Beispiele an für die Rückkehr des Bewußtseins unmittelbar vor Eintritt des Todes, nachdem es zuvor schon geschwunden war. Ein weiterer Abschnitt behandelt abnorme Steigerungen des Gedächtnisses, das „panoramische" Sehen und die erhöhte Leistungsfähigkeit aller intellektuellen Funktionen bei Sterbenden. Weiterhin wird erörtert die Rückkehr normaler Geistestätigkeit bei psychisch abnormen Persönlichkeiten, wie sie bei verschiedensten Seelenstörungen vorkommen soll. Sodann bespricht Verf. die Euphorie der Sterbenden und die natürliche Euthanasie, womit er die „Schönheit im Tode" erklärt; man findet sie nach seiner Angabe vor allem bei Phthisikern, dann überhaupt bei jenen Todesfällen, die auf Asphyxie zurückzuführen sind, ferner angeblich bei Cholerakranken, bei Verblutenden und gelegentlich auch bei von einem Unfall Betroffenen — im allgemeinen bei alten Leuten häufiger als bei jungen. Endlich werden die Fragen erörtert, ob man einen Kranken auf sein herannahendes Ende hinweisen dürfe (und sie wird nicht für alle Fälle verneint), ob man das Recht habe, an einem Kranken eine lebensgefährliche Operation auszuführen, ohne ihn auf die Gefahr aufmerksam gemacht zu haben, ob man die Agonie abkürzen und eine Euthanasie hervorrufen dürfe (der Verf. lehnt es im allgemeinen ab im Hinblick auf die Unsicherheit von Diagnose und Prognose), schließlich, ob es erlaubt ist, die Agonie zu verlängern durch Anwendung entsprechender Mittel (was natürlich bejaht wird). Zu jedem einzelnen Punkte der Abhandlung werden klinische Beobachtungen, mehr noch historische Reminiszenzen, teils mehr, teils weniger gut beglaubigte, vielfach auch rein Anekdotenhaftes, das strenger Kritik nicht durchweg standhalten dürfte, herangezogen.

Haymann (Badenweiler).

Digitized by Google

Allgemeine neurologische Diagnostik und Symptomatologie.

● **Kylin, Eskil: Die Hypertoniekrankheiten.** Berlin: Julius Springer 1926. VIII, 168 S. RM. 8.40.

Den Neurologen interessiert folgendes in diesem Buche: Die essentielle Hypertoniekrankheit ist keine scharf abgegrenzte Krankheit sui generis. Sie geht ohne scharfe Grenze in die Zustände von permanenter Hypertonie über, bei welchen die Nierensymptome erscheinen und die mit Schrumpfniere enden. Die ersten Symptome der essentiellen Hypertoniekrankheit sind nervöser Art: Schwindel, Kopfweh, Herzklopfen, Schwere auf der Brust, rheumatoide Schmerzen, psychische Reizbarkeit, leichte Ermüdbarkeit und sexuelle Impotenz. Die Ursache der essentiellen Hypertoniekrankheit ist noch nicht bekannt. Das Leiden steht in engem Zusammenhang mit anderen Krankheiten, bei welchen eine gewisse Störung im vegetativen System vorhanden ist, nämlich der Magengeschwür-, der Asthmakrankheit und gewissen funktionellen Neurosen. Diese Krankheitszustände zeichnen sich alle durch eine vagotone Adrenalinreaktion aus und durch eine Verschiebung des K/Ca-Gehaltes im Blutserum mit relativer Zunahme des K und Verminderung des Ca. Therapie: Kalk und Atropin, lacto-vegetabilische Diät, Brom, Luminal. *Kurt Mendel.*

Brailovskij, W.: Zur Frage der pathologischen Somnolenz und des Schlafzentrums. Sovremennaja psichonevrologija Jg. 1, Nr. 3/4, S. 16—32. 1925. (Russisch.)

Auf Grund einer kritischen Übersicht der Literatur, der eigenen klinischen Beobachtung von verschiedenartigen Schlafstörungen (in 4 Fällen von Hysterie, je 1 Fall von Schizoidie mit traumatischer Neurose und von Epileptoidie und 1 Fall ohne sonstige Symptome von seiten des zentralen Nervensystems, aber mit positivem Wassermann) und einer physio-pathologischen Analyse derselben kommt Verf. zum Schluß, daß in den letzten Jahren zahlreiche Fälle von gesteigertem Schlafbedürfnis, das sich manchmal bis zu echten narkoleptischen Attacken steigert, vorkommen, die nicht zur epidemischen Encephalitis und in einem erheblichen Prozentsatz auch nicht zur Hysterie gehören. Solche Attacken sind als subcorticaler, d. h. durch Wirkung bestimmter subcorticaler Gebiete (auf Grund der Literatur besonders des Tuber cinereum, des medialen Thalamuskerns, des zentralen Höhlengraus am hinteren Ende des 3. Ventrikels und um den Aquaeductus syloii u. a.) hervorgebrachter Schlaf aufzufassen; sie sind mit Affekten und Emotionen negativen (hauptsächlich depressiven) Charakters verbunden, die besonders durch Vermittlung der Basalganglien auf diese Gebiete einwirken. Die Schläfrigkeit bei verschiedenen Läsionen der subcorticalen Region (bei der Encephalitis epidemica, bei Tumoren, Abscessen), bei der Wirkung von subcorticalen Giften (wie z. B. das Scopolamin), aber auch bei biochemischen Veränderungen dieser Region (bei Hysterie, Neurasthenie, Gelothymie, Psychasthenie) bestätigt die Auffassung, wonach sie eine primäre Rolle bei der Genese des Schlafes spielen kann; das Wesen dieses primären Mechanismus besteht anscheinend im Vorhandensein von negativen aufsteigenden (corticopetalen) Impulsen subcorticalen Ursprungs, die sekundär auch eine Hemmung des Cortex und seiner Funktionen superreflektorischer Natur bewirken. Andererseits gibt es zweifellos auch einen Schlaf corticalen Ursprungs, dessen experimentelle Grundlage durch die von Pawlow studierte Ausbreitung der Hemmung von bedingten Reflexen im Cortex, die schließlich zum Schlaf führt, geliefert wird. Ein derartiger (corticaler) Schlaf erfolgt anscheinend bei der Wirkung einiger Narkotica (Alkohol, Chloroform, teilweise auch Morphium), bei Infektionen, corticalen Emphalitiden, bei der Hypnose. Ein Schlafzentrum kann man sich nur als einen konzentrierten cortical-subcorticalen Mechanismus vorstellen, wobei der Schlaf dann eintritt, wenn der funktionelle Kreis zwischen dem einer Hemmung verfallenden corticalen Analysator und den subcorticalen hypnogenen Bezirken sich schließt (bei einem so weit ausgespannten und gegliederten Apparat ist es vielleicht besser, den Begriff eines Zentrums überhaupt fallen zu lassen; Ref.). Unser Verhalten vor dem

Digitized by Google

Schlaf (die horizontale Lage, die Erschlaffung der Muskeln, der Augenschluß usw.) kann man am besten als Folgen der Verknüpfung des Schlafes mit entsprechenden Zuständen der Muskulatur in frühesten Lebensperioden (im Sinne von früh erworbenen bedingten Reflexen) verstehen. *M. Minkowski* (Zürich).

Schmidt, Rudolf: Das konstitutionelle Asthma. Eine klinische Studie auf Grund eigener Kasuistik. (*I. med. Klin., dtsch. Univ. Prag.*) Med. Klinik Jg. **22**, Nr. 1, S. 1—4 u. Nr. 2, S. 46—49. 1926.

Der vorgeschlagene Titel berücksichtigt bestens den konstitutionellen Faktor, den endokrin-vasomotorisch-neurogenen Bedingungskomplex. Neben anatomischen Verschiedenheiten konstitutioneller Art spielen funktionelle, außerhalb des Respirationstraktes situierte eine wichtige Rolle, universeller Erethismus, psychische Reizbarkeit und Labilität, dabei Ermüdbarkeit. Oft finden sich Gastro- und Enteropathien, Reizbarkeit im zirkulatorischen Betriebe, urtikarielle Anfälle. Die Pathogenese der Sensibilisierung und Irritabilisierung ist hauptsächlich unspezifischer, nicht gegen ein bestimmtes Antigen gerichteter Art. Die der allgemeinen Gruppe ist auf Infektionen, Tuberkulose, Lues, Malaria, Nikotin, Alkohol zu beziehen, die der örtlichen Sensibilisierung auf Infektionen mit Affinität zu den oberen Luftwegen. Die endogene Bereitschaft hierfür ist zweifellos konstitutionell, kombiniert mit Tendenz zu arteriellem Überdruck, abnormen Stoffwechsellagen, sie zeigt sich auch in familiären und hereditären Stigmen, in der Kombination mit anderen Erkrankungen (Tuberkulose, kong. Mitralstenose, Cholelithiasis, Achlorhydrie, hämolytische Krisen, Hanotsche Zirrhose, Hochdruck, funktionelle Aortalgie, Heuschnupfen). Mit Epilepsie zu vergleichen sind Asthmarudimente und -äquivalente. Als parapnoische Phänomene inspiratorischer Orientierung werden Seufzerkrankheit, Gähnkrankheit, Singultus unterschieden, als solche exspiratorischer Orientierung Pseudokeuchhusten, Nieskrankheit. Der Krankheitsverlauf, der einzelne Anfall, Auskultationsbefund, Sputum, Differentialdiagnose zeigen die charakteristischen Eigenheiten. Die Beeinflußbarkeit in negativer, pathologischer Richtung hat klimatische und meteorologische Noxen, Kälteeinwirkung, nasale Beeinflussung, extrapulmonale, Ermüdungs- und toxische Schädigungen als Untergruppen. Die positive, therapeutische Beeinflußbarkeit kann durch klimatische Faktoren, Wärmezufuhr und hydriatische Prozeduren, Proteinkörpertherapie, Pharmakotherapie, Bewegungstherapie usw. gestützt werden. *Neurath* (Wien).

Hirschberg, Louis: Über Ulcusschmerz und viscerale Sensibilität. Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. **36**, H. 5/6, S. 423—428. 1926.

Der Charakter von Ulcusschmerzen hängt vom Zustand des Nervensystems ab. Die Empfindungslosigkeit innerer Organe muß durch Hemmungserscheinungen im Reizleitungssystem erklärt werden, und diese spielen sich gleichzeitig mit Tonussteigerung im Sympathicus ab. *Kurt Mendel.*

● **Kuttner, L., und K. Isaac-Krieger: Über abdominale Schmerzanfälle.** Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Verdauungs- u. Stoffwechsel-Krankh. Bd. **1**, H. 3, S. 1—104. 1926. RM. 3.20.

Neurologisches Interesse haben die Ausführungen über die tabischen gastrischen Krisen (S. 40 u. ff.). Bei Tabikern kommt auch Ulcus pepticum häufiger vor. Bei stärkerem Bluterbrechen bei Tabes ist immer an ein solches zu denken und die Behandlung in diesem Sinne zu leiten. Das Ulcus pepticum beruht dann auf den bei der Tabes vorhandenen Störungen im vegetativen Nervensystem. Gastrische und abdominale Krisen kommen außer bei Tabes auch vor bei multipler Sklerose, Syringomyelie, Lues cerebrospinalis, Myelitis, Gehirntumoren, Heine-Medinscher Krankheit, Bleikrankheit, chronischem Morphinismus, Chlorose, Gicht, Basedow usw. Eine Intercostalneuralgie kann zuweilen eine Gastralgie vortäuschen. Eine „rein nervöse Gastralgie" ist zumeist eine Verlegenheitsdiagnose. *Kurt Mendel.*

Digitized by Google

Berry, John M.: Painful conditions in the lumbar lumbosacral and sacro-iliac regions. (Schmerzhafte Zustände in der lumbalen, lumbo-sakralen und sacro-iliacalen Region.) Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 6, S. 883—910. 1925.

In diesem Referat, das fast ausschließlich amerikanische und englische Literatur berücksichtigt, bespricht der Verf. die verschiedenen Ursachen der tiefen Rückenschmerzen: gynäkologische, urologische, interne Erkrankungen usw. Ausführlicher werden pathologische Knochen- und Gelenkveränderungen dieser Gegend besprochen, Spondylitis, Sakralisation, Spina bifida occulta usw. Wird darüber auch nichts Neues mitgeteilt, so sind die Untersuchungen des Verf. über die Veränderungen an den Gelenken der Querfortsätze des 5. Lendenwirbels und 1. Sakralwirbels hervorzuheben. Unter normalen Verhältnissen verläuft dieser Gelenkspalt in vertikaler Richtung und etwas nach außen und hinten, mit der Sagittalebene des Körpers einen Winkel zwischen 45° und 90° bildend. Die häufigen Variationen und Abnormitäten dieser Gelenkspalten — sie können horizontal statt vertikal verlaufen, statt einen Winkel mit der Körper-Sagittal-Ebene zu bilden, können sie parallel verlaufen, auch rechts und links verschieden sein — sind bisher lediglich anatomisch untersucht worden. Verf. hat versucht, sie röntgenologisch darzustellen, und zwar hat er, da man die Gelenkspalten weder auf anteroposterioren noch auf lateralen Aufnahmen darstellen kann, eine Methode ausgearbeitet, sie durch $^1/_3$ und $^2/_3$ seitliche Drehung des Körpers darzustellen. Auf den beigegebenen Reproduktionen sieht man den Gelenkspalt bei dieser Lage deutlich, und Verf. schätzt nun, je nach dem der Spalt besser bei $^1/_3$- oder bei $^2/_3$-Drehung herauskommt, den Winkel des Gelenkspaltes zur Sagittalebene, bei $^2/_3$ Optimum also 60°, während der mehr vertikale oder horizontale Verlauf der Gelenkspalten direkt sichtbar wird. Verf. schlägt vor, bei Schmerzen, die keine andere Ätiologie als derartige pathologische Gelenkstellungen ergeben und konservativer Behandlung trotzen, diese Gelenke operativ zu versteifen. Über die klinischen Erscheinungen dieser Affektionen wird leider nichts mitgeteilt. — Verf. beschäftigt sich weiter mit den Veränderungen des lumbo-sakralen Winkels (Promontorium) und empfiehlt die seitliche röntgenologische Darstellung mit der Buckyblende. — Häufig werde gegenwärtig bei Traumen die Diagnose auf Zerrung des Sacro-Iliacalgelenkes gestellt. Theoretisch sei sie möglich, doch handle es sich um sehr feste Gelenkverbindungen. Bei traumatischen oder entzündlichen Veränderungen käme es häufig zu Ischiassymptomen verbunden mit Skoliose. Dabei gehe die Schwellung und Entzündung des umgebenden Gewebes auf die Nerven über. — Die Differentialdiagnose der verschiedenen ätiologischen Momente sei schwierig, durch sorgfältige Untersuchung werde man aber allmählich dahin kommen, die noch bestehende Verwirrung in der Symptomatolgie dieser Erkrankungen zu erklären. *Albrecht* (Berlin).

Rubritius, H.: Die reflektorische Anurie. Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 27, S. 749—753. 1925.

Klinischer Vortrag, welcher sich mit diesem noch viel umstrittenen Problem befaßt. Nach der Definition der wahren und der falschen Anurie wird zunächst an der Hand von Beispielen aus der Literatur besprochen, in welcher Weise eine Niere reflektorisch beeinflußt werden kann: die Reflexauslösung durch die Psyche (hysterische Anurie, Fälle von Charcot, Leube, Casper, Kümmell u. a.), durch die Haut (Abkühlung, Hörder), durch einzelne Organe des Urogenitalsystems (Phimose, Blase, Ureter, andere Niere). Den breitesten Raum nimmt die Steinanurie ein. Einwandfreie Beobachtungen reflektorischer Anurie von Israel (Steinanurie, durch ein Drainrohr zum abgebundenen Nierenstiel nach einer Nephrektomie), von Rovsing (Klemmen, welche am Nierenstiel liegengelassen wurden). Eine Gruppe von Autoren schränkt die Möglichkeit einer reno-renalen Beeinflussung nur auf schon vorher irgendwie geschädigte Nieren ein. Demgegenüber behauptet Kümmell, daß der notwendige Reflex sich um so nachhaltiger auswirken könne, wenn er ein bereits geschädigtes Organ trifft. Absolut geleugnet wird die Möglichkeit des Zustandekommens einer reflektorischen Anurie von Barth und Pflaumer. — Die mit dem Nierenstiel in die

Digitized by Google

Niere eintretenden Nerven haben teils eine vasomotorische, teils eine die Sekretion regelnde Funktion. Nach Ellinger und Hirt sind wir zur Annahme berechtigt, daß die Nervi splanchnici den Reflex sowohl auf die vasomotorischen als auch auf die sekretionsregelnden Fasern weiterleiten. Eine Krankenbeobachtung von Neuwirt beweist mit der Schärfe eines Experimentes, daß der N. splanchnicus den Reflex vermittelt. Von den zahlreichen zwecks Klärung der Frage ausgeführten Tierexperimenten werden u. a. die von Hammesfahr und Könnecke erwähnt, aus welchen wir schließen können, daß zum Zustandekommen des Reflexes eine gewisse Disposition zur Reflexerregbarkeit bestehen müsse. Wenn die vasomotorische Komponente die wirksame ist, müßte man annehmen, daß die reflektorisch verschlossene Niere immer klein und anämisch sei. Im scharfen Gegensatz dazu hat man aber die reflektorisch verschlossene Niere, wenn man sie freigelegt hat, immer vergrößert und hyperämisch gefunden bei stark gespannter Kapsel. Dieser Widerspruch ist nicht so ohne weiteres aufzuklären. Wenn wir an dem primären Gefäßkrampf festhalten, so kann man die weiteren Vorgänge in einer solchen Niere vielleicht so deuten, daß man das Zustandekommen der Cyanose bei der angiospastischen Anämie in analoger Weise erklärt wie bei dem Raynaudschen Symptomenkomplex. Es besteht aber immerhin die Möglichkeit, daß die Vorgänge, welche zur Sekretionshemmung führen, noch viel komplizierter liegen. — Der Autor schließt mit folgenden Sätzen: 1. Die Reflexanurie stellt ein überaus seltenes Ereignis dar; 2. ihre Diagnose ist nur mit größter Reserve zu stellen, da namentlich bei der Steinanurie viel häufiger, als man glaubt, ein doppelseitiger Verschluß vorliegen kann. In therapeutischer Hinsicht sollte man, wenn ein beiderseitiger Ureterenkatheterismus keinen Erfolg gebracht hat, in jedem Falle den Versuch mit einer doppelseitigen Splanchnicusanästhesie machen. Wenn die Anurie länger als 48 St. dauert, muß operiert werden. Bei völlig unklarer Seitendiagnose ist die Anlegung einer Nierenfistel an der vergrößerten Niere bzw. der Seite größerer Druckschmerzhaftigkeit oder stärkerer Bauchdeckenspannung die Operation der Wahl. *Rubritius* (Wien).°°

Anton, G.: Neuere neurologische Forschungen über die plötzlichen Todesarten. Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. **7**, H. 2/3, S. 143—148. 1926.

Bei Prozessen in der hinteren Schädelgrube, aber auch bei allgemeiner Hypertrophie des Gehirns genügen leichte Erschütterungen, um einen plötzlichen Tod herbeizuführen. Daß bei Lumbalpunktionen infolge Verlagerung der Medulla oblongata mitunter der Tod eintritt, ist bekannt. Das soll vermieden werden durch den Suboccipitalstich, vorausgesetzt, daß plötzliches Aufsetzen nach dem Eingriff vermieden wird. Verknöcherungen des Atlashinterhauptsgelenkes lassen sich durch ein streng vertikales Röntgenbild meist feststellen. Die Beziehungen solcher Verlötungen zur Epilepsie und Krampfbereitschaft sind zwar nicht regelmäßig, aber immerhin häufig und beachtenswert. *Göring* (Elberfeld).

Sobhy Bey, M.: A case of optic neuritis following chronic bacillary dysentry. (Ein Fall von Opticusneuritis nach chron. Bazillenruhr.) Bull. of the ophth. soc. of Egypt Jg. **1925**, S. 64—65. 1925.

Krankengeschichte eines einschlägigen Falles. Aus den Faeces wurde ein Dysenteriebacillus vom Shigaschen Typ gezüchtet. *Pette* (Hamburg).

Villard, H.: Névrite rétro-bulbaire bilatérale aiguë survenue chez un ozeneux consécutivement à la manipulation du fumier de bergerie. (Doppelseitige ganz akute retrobulbäre Neuritis bei einem Ozaenakranken nach der Arbeit an einem Misthaufen eines Schafstalles.) Sud méd. et chir. Jg. **57**, Nr. 2050, S. 3543—3544. 1925.

Die im Titel genannte Erkrankung trat ein bei einem 61jährigen, sonst gesunden Mann auf, der von 7 Uhr morgens mit kurzer Mittagspause beim Abräumen eines Misthaufens beschäftigt war; gegen 1 Uhr bemerkte er heftige Kopfschmerzen, Stechen in den Augen und Abnahme des Sehvermögens. Diese wurde gegen 3 so schlimm, daß er sich nach Hause führen lassen mußte. Augenärztliche Untersuchungen nach 2 Tagen: Conjunctivitis, Medien und Fundus o. B. S. bds. = $^1/_{20}$, bds. enormes absolutes zentrales Skotom für weiß und Farben, Peripherie frei. Nach 10 Tagen ohne Behandlung völlige Heilung. — Verf. nimmt an, daß

Digitized by Google

durch die bestehende starke Ozaena eine Disposition geschaffen wurde, daß die Ammoniakdünste des Misthaufens, die den Mitarbeitern nicht geschadet haben, zu einer akuten Entzündung der Nase und der Nebenhöhlen und von diesen aus sekundär zur Schädigung des papillo-maculären Bündels geführt haben. *P. A. Jaensch* (Breslau).$_{o}$

Dohme, B.: Eigenartige Pupillenphänomene bei einem Fall von angeborener Oculomotoriuslähmung. (*Univ.-Augenklin., Berlin.*) Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. 58, H. 1/2, S. 38—42. 1925.

23jährige Patientin mit linksseitiger angeborener Oculomotoriuslähmung. Völlige Aufhebung der Adduction, starke Beschränkung der übrigen Bewegungen, auch der Abduction (Contractur). Ptosis, das Oberlid macht zeitweise spontan geringe zitternde Bewegungen. Lichtreaktion prompt, Konvergenzreaktion links fast ganz erloschen. Die linke Pupille wechselt oft ohne äußeren Reiz ihre Weite. Beim Impuls zur Linkswendung des Blickes ausgiebige Verengerung, zeitweise auch bei Blicksenkung und -hebung. Bei Abduction allmähliche Erweiterung bis zu fast maximaler Mydriasis. Einige Male wurde auch umgekehrtes Verhalten beobachtet: Verengerung bei Abduction, Erweiterung bei Adduction. Verf. nimmt eine pathologische Mitbewegung der Pupille an (Bielschowsky, Behr) und erklärt sie nach der Lipschitzschen Theorie: „supranucleär gelegene Nervenfasern, die den Reiz der Rechtswendung vom pontinen Blickzentrum zum linken Internuskern zu leiten haben, sind geschädigt gewesen, haben sich regeneriert, sind aber teilweise statt in den Internuskern in den Sphincterkern eingewachsen und lösen nun statt einer Rechtswendung des Auges eine Pupillenverengerung aus." Die Erweiterung der Pupille entspricht der häufig bei Gesunden vorkommenden Tournayschen Reaktion. Für die zeitweise beobachtete Umkehr der Phänomene kann eine Erklärung nicht gegeben werden. *Wirth* (Breslau).$_{o}$

Adamantiadis, B.: Un cas de syndrome oculo-sympathique. (Ein Fall von oculosympathischem Syndrom.) Arch. d'opht. Bd. 42, Nr. 12, S. 741—743. 1925.

Bei 20jährigem Arbeiter wurde eine kleine Lymphdrüsengeschwulst in der Gegend unterhalb des linken Warzenfortsatzes operativ entfernt. Am nächsten Tage Blutandrang zum Kopf, der einige Wochen anhielt. Gleichzeitig wurde die linke Lidspalte kleiner, das LA verfärbte sich. Einige Zeit später Entfernung einer kleinen Geschwulst von der rechten Halsseite. — Allgemeinbefund: Tuberkulose der Lendenwirbel. Augen: 24. I. 1925. Hornerscher Symptomenkomplex links. Mäßige Ptosis, Enophthalmus. Linke Pupille eng, erweitert sich auf Cocain nicht, aber maximale Mydriasis nach Atropin. Die rechte Pupille zeigt mangelhafte Dunkelerweiterung und reagiert auf Atropin schlechter als die linke. Die Verengerung bei Konvergenz fehlt links im Dunklen, im Hellen ist sie inkonstant. „Umgekehrter Argyll-Robertson". (Über das Ausmaß der Konvergenzbewegung der Augen und über das Verhalten der rechten Pupille beim Impuls zur Konvergenz ist nichts angegeben.) Ausgesprochene Heterochromie. Iris rechts grün, links grau-grünlich. — Keine Hornhautbeschläge. *P. A. Jaensch.*$_{o}$

Ferree, C. E., and G. Rand: A pupillometer. (Ein Pupillometer.) Americ. journ. of ophth. Bd. 8, Nr. 12, S. 945—947. 1925.

Das Instrument dient zur Messung des Pupillendurchmessers; es besteht aus einem Fernrohr. In der Brennebene des Objektivs befindet sich eine Glasscheibe mit Maßeinteilung, so daß das Pupillenbild und der Maßstab durch das Okular in gleicher Vergrößerung betrachtet werden können. Die Maßeinteilung muß für jede Entfernung, in der gemessen werden soll, an einem Millimetermaßstab kalibriert werden. Die Glasscheibe, welche die Maßeinteilung trägt, wird durch eine eingebaute kleine Lampe seitlich beleuchtet, so daß der Maßstab vor dem schwarzen Hintergrund der Pupille scharf hervortritt. Für ausgiebige Beweglichkeit des ganzen Instrumentes ist Sorge getragen. *Rohrschneider* (Berlin).^{oo}

Allgemeine psychiatrische Diagnostik und Symptomatologie.

Ossipov, V.: Allgemeine Lehre von den Geisteskrankheiten. Hrsg. v. Berl. Verl. „Gosisdot". 1925. 738 S. (Russisch.)

Der vor kurzem veröffentlichte Kursus des bekannten Leningrader Klinikers ist nicht eine bloße Einleitung in die psychiatrische Klinik. Er faßt die dem Kliniker am Bette des Geisteskranken notwendigen, sowie für jeden, der das Studium des unabsehbaren, die Geisteskrankheiten betreffenden Materials anstrebt wichtigen Kenntnisse und Methoden im Lichte der gegenwärtigen Biologie, Anthropologie, Physiopsychologie und zum Teil auch soziologischen Denkens zu einem ganzen zusammen. Kein anderes Werk der neuen russischen Literatur kann sich an erschöpfendem Reichtum des Materials mit V. Ossipovs Arbeit messen. Was die einzelnen Kapitel anbetrifft, so möchten wir vor allem auf die Vorzüge des dem Werke vorausgehenden historischen Umrisses hinweisen, der dem Leser außerordentlich viel Interessantes

Digitized by Google

bietet. Die historischen Kenntnisse, ohne welche in der heutigen Psychiatrie vieles unklar und unbegreiflich bleibt, sind ausführlicher behandelt als es meist, sogar in großen Lehrbüchern der Brauch ist. Das der Psychologie gewidmete Kapitel enthält eine höchst wertvolle Auseinandersetzung der psychophysiologischen Methoden und namentlich der Lehren Ssečenovs, Parlovs und Bechterevs. Viel Platz ist den Störungen der sekretorischen Funktionen, vasomotorischen und trophischen Störungen, Blutzirkulations-, Atem-, Verdauungsstörungen, Veränderungen des Urinbestandes, dem Blute, dem Gaswechsel bei Geisteskrankheiten eingeräumt. Sehr ausführlich ist das durch weise Vorsicht der Schlußfolgerungen einnehmende Kapitel über Erblichkeit. Verf. betont die übertriebene Bedeutung der sog. physischen Merkmale der Degeneration. Wenn scharfe Merkmale wie Mikro- und Makrocephalie, Infantilismus usw. eine besondere Aufmerksamkeit verdienen, so dürfen solche einzeln auftretende Merkmale, wie unbedeutende Asymmetrie, unregelmäßiger Ohrbau usw. nicht als Anzeichen von Degeneration dienen. Das Kapitel über Ätiologie, welches ebenfalls antropologische und sozial-politische Momente berührt, verdient besonderer Erwähnung. Höchst interessant sind die den Krieg und die Revolution betreffenden Angaben (Selbstmorde, Geisteskrankheiten in der Armee, psychiatrische Hilfe im Kriege; nach der Revolution von 1917 tauchten viele an Amentia Meynertii Leidende auf). Die jetzt besonders betonte Frage der Prophylaxis der Geisteskrankheiten ist ebenfalls erörtert, und bedauernswert ist nur, daß die Aufgabe der Registrierung und Dispensärisation der geisteskranken Bevölkerung hier keinen Widerhall gefunden hat. Endlich sei noch insbesondere in dem Kapitel über Symptomatologie auf die interessanten Seiten über Halluzinationen und Assoziationsstörungen hingewiesen. — Zu Nachteilen des Buches gehört eine gewisse Mosaikartigkeit, deren Ursache in einem Mangel an voller Einheit in den Ansichten und Methoden des Autors liegt. Dies tritt besonders in der nicht genügend deutlichen Stellung, welche der Autor, selbst ein Anhänger derselben, den reflexologischen Problemen gegenüber einnimmt. Bei näherem Studium der einzelnen Kapitel vermißt man mit Bedauern die im heutigen psychiatrischen Denken schon stark wurzelnden Probleme der „Tiefenpsychologie". Im Kapitel über Ätiologie finden wir nichts über die für die Methodologie unserer Wissenschaft so wertvollen Arbeiten Birnbaums. Sehr störend ist das Fehlen eines Sach- und Namenregisters. Die erwähnten Nachteile sind zum größten Teil den ungünstigen Verhältnissen, in denen das Buch entstanden ist, sowie auch dem großen Zeitabschnitt, der das Erscheinen von dem Verfassen trennt, zuzuschreiben. Jedenfalls hat sich die russische Literatur um ein in hohem Maße solides, wertvolles und in ausgezeichneter lebendiger Sprache geschriebenes Buch bereichert.

Mark Serejskij (Moskau).

Mingazzini, G.: Die Modifikationen der klinischen Symptome, die einige Psychosen in den letzten Jahrzehnten erfahren haben. (*Neuropsychiatr. Univ.-Klin., Rom.*) Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 28, Nr. 6, S. 68—72. 1926.

Der Auffassung, daß bei der Paralyse die Zahl der expansiven zugunsten der depressiven und dementen Formen in den letzten Jahrzehnten zurückgegangen sei, wird beigetreten. Entgegen früher geäußerter Ansicht, daß als ätiologische Momente für das Vorwiegen der dementen Formen besonders frühes oder spätes Infektionsalter, Mangel an spezifischer Behandlung, Intervall zwischen Infektion und Ausbruch der Paralyse, Alkoholmißbrauch usw. von Wichtigkeit sei, erscheint nunmehr als plausibelste Hypothese, daß die jetzigen Gehirne weniger lebhaft auf den Reiz der Spirochäten reagieren; in gleicher Weise erkläre sich die Tatsache, daß die Größenideen selten noch die ganz abenteuerlichen Formen annehmen würden wie früher; die Ansicht Bianchis, daß im Volke die Phantasietätigkeit durch Erziehung und Arbeit eingeschränkt, der Kontakt mit der Wirklichkeit besser erhalten werde, sei weniger befriedigend. Auch im Bilde des manisch-depressiven Irreseins habe sich eine Wandlung vollzogen, indem die flotten Manien seltener, die Melancholien häufiger geworden seien; die depressiven Ideen, welche den herrschenden Begriffen der Umgebung, nicht

Digitized by Google

archaischen Überlieferungen entnommen würden, gingen entsprechend dem Schwinden von Glaube und Aberglaube in breiten Volksschichten jetzt in anderer Richtung, ebenso wie die Wahninhalte der Paranoiker sich geändert hätten, früher in Italien Jesuiten und Freimaurer, jetzt Faschisten und Sozialisten die vermeintlichen Verfolger. Bei der Hysterie seien die gegen Ende des vorigen Jahrhunderts häufigen großen Anfälle, von denen noch die Lehrbücher voll seien, nicht mehr zu sehen. Auch das klinische Bild der Tabes habe sich dadurch geändert, daß besseres Erkennen der Frühstadien und energische spezifische Behandlung den Prozeß meist zum Stillstand bringe, so daß die schweren ataktischen Zustände, welche früher die Krankensäle gefüllt hätten, kaum noch demonstriert werden könnten. Aus dem gleichen Grunde, der der frühzeitigen Behandlung mit modernen Mitteln, erkläre sich das Verschwinden der Hirnsyphilis (Gummen, diffuse Entzündungen und Erweichungen). *Geelvink* (Frankfurt a. M.).

Ormond, Arthur W.: Visual hallucinations in sane people. (Optische Sinnestäuschungen bei Geistesgesunden.) (*Guy's hosp., London.*) Brit. med. journ. Nr. **3374**, S. 376—379. 1925.

Der kurze Vortrag berichtet über Visionen bei gesunden und geistesgesunden Hirnkranken (gibt u. a. den Selbstbericht eines Arztes über seine Visionen bei hemianopischer Störung) und schildert die Differenzen visueller Veranlagung, bringt aber nichts Neues. *Geelvink* (Frankfurt a. M.).

Querey, M.: Remarques sur une théorie bergsonienne de l'hallucination. (Bemerkungen über eine Theorie Bergsons von den Halluzinationen.) Ann. méd.-psychol. Jg. **83**, Nr. 3, S. 242—259. 1925.

Verf. versucht eine kritische Würdigung der Lehre Bergsons von dem Zustandekommen der Halluzinationen und stellt ihr die Lehre Taines gegenüber, mit der er zum Schluß eine Verbindung sucht. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. *Berthold Kihn* (Erlangen).

Henschen, S. E.: Über die Lokalisation einseitiger Gesichtshalluzination. Kritische Bemerkungen anläßlich Professor P. Schröders diesbezüglicher Abhandlung. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **75**, H. 4/5, S. 630—655. 1925.

Vgl. dies. Zentrlbl. **41**, 390. Die fraglichen Gesichtshalluzinationen sind von ebenderselben Art, ob sie während der allgemeinen Delirien auftreten oder die Folge von traumatischen Reizen der Hirnrinde, Blutungen der Tuomoren sind, oder als Aura epileptischer Anfälle erscheinen; auf alle Fälle gleichen sie den in den Delirien auftretenden Formen. Diese Halluzinationen haben den Charakter psychischer Erscheinungen und müssen deshalb als Ausdruck der Rindenzellfunktionen auch in den selteneren Fällen gelten, wo sie durch periphere Reize in der Sehbahn entstehen, die sich dann zur Rinde fortpflanzen. Da sie fast immer bei Erkrankungen im optischen System entstehen, so sind sie an Läsionen dieses Systems gebunden, jedoch nicht an die Calcarina selbst, da sie auch bei doppelseitigen Zerstörungen derselben nicht verschwinden; vielmehr werden sie in der Extracalcarina, speziell der lateralen Occipitalrinde gebildet, von der auch unsere Raumauffassung abhängt, denn Traumata der parieto-occipitalen Region rufen pathologische Vorstellungen von der Außenwelt und schwere scheinbare Formänderungen derselben hervor. Die einseitigen Gesichtshalluzinationen, besonders wenn sie mit Hemianopsie und Projektion der Bilder nach der blinden Seite verbunden sind, gehören zu den wichtigsten lokaldiagnostischen Symptomen. *Kretschmer* (Marburg).

Galant, Johann Susmann: „Umschriebene Halluzinose" und Algohalluzinose. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. **28**, Nr. 9, S. 105—108. 1926.

Verf. sucht nachzuweisen, daß ein von v. Mayendorf veröffentlichter Fall von „umschriebener Halluzinose" zu der von ihm herausgehobenen Gruppe der „Algohalluzinosen" gehört. *Birnbaum* (Herzberge).

Lafora, Gonzalo R.: Verschwinden der Halluzinationen bei leukogenetischen febrilen Prozessen. (*Inst. Cajal, Madrid.*) Med. ibera Bd. **19**, Nr. 423, S. 569—571. 1925. (Spanisch.)

31jährige Frau, Diabetikerin, erkrankt wenige Tage nach einem Typhus an Gehörshalluzinationen (Zurufe beleidigenden Inhalts, Aufforderungen sich zu töten usw.). Durch erfolg-

Digitized by Google

reiche Behandlung des Diabetes keine Besserung der Halluzinationen, die vielmehr noch zunahmen. Aufnahme in der Anstalt. Daselbst über einen Monat unter leichten Schwankungen derselbe Zustand. Dann nach einer Injektion Auftreten eines Abscesses am Arm mit starker Schwellung, Schmerzhaftigkeit, Fieber bis 39,8°. Am 6. Tage gleichzeitig mit Abschwellen des Arms und Entfieberung Besserung der Halluzinationen, die auch bei erneutem Temperaturanstieg anhält. Da im Urin 40 prom. Zucker, Insulinbehandlung. Schnelle Verkleinerung des Abscesses und restlose Resorption seines Inhalts. Weitere Besserung und völliges Verschwinden der Halluzinationen. Patientin ist seitdem geheilt. Der Inhalt der Halluzinationen wurde, wie sich feststellen ließ, durch unangenehme Erlebnisse in der Familie bedingt. — Die Bedingungen, unter denen eine derartige Heilung zustande kommt, sind, wenn überhaupt, nur durch eine genaue Analyse jedes einzelnen Falles nach den verschiedensten Richtungen (chemisch, biologisch usw.) festzustellen. *Reich* (Breslau).

Benon, R.: La fonction psychique de reconnaissance. (Das Wiedererkennen.) Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. **98**, Nr. 76, S. 1235—1236. 1925.

Die Pathologie des Wiedererkennens umfaßt die Agnosie, die nach den Sinnesgebieten als auditive, visuelle usw. unterschieden wird, die Paragnosie (fausse reconnaissance, déja vu und audition colorée), die „Confusion mentale", zu der Delirien aller Art gehören und das „Délire d'interprétation chronique". *Storch* (Tübingen).

Divry: Quelques observations relatives au sentiment du réel. (Einige Beobachtungen als Beitrag zur Lehre vom Realitätsgefühl.) Journ. de neurol. et de psychiatr. Jg. **25**, Nr. 9, S. 589—596. 1925.

Verf. geht von Bergsonschen Anschauungen aus. Nachdem er an einer Reihe von Beispielen gezeigt hat, daß bei den Störungen des Realitätsgefühls die sensorische und die psychomotorische Komponente intakt sind und daß die Störung rein auf psychischem Gebiet liegt, lehnt er Janets Anschauung als zu eng ab. Er nimmt eine Störung des Ichbewußtseins an. Diese zerfällt für ihn in ein intuitives oder praktisches Ich und in ein intellektuelles oder spekulatives Ich. Ersteres ist der dynamische Faktor, der in der täglichen Erfahrung sich betätigt, mit dem Charakter der Spontanität und des Instinktiven, das antreibende Element des Seelischen, das bei allem, was in uns geschieht, beteiligt ist. Im Gebiet dieses Teiles des Ich liegt die Störung. Die Kranken sind nicht mehr imstande, die Wirklichkeit aufzunehmen, wie man es instinkthaft in normalem Zustande tut; es fehlt die normale Verbundenheit mit der äußeren Welt. Die ihnen zugehenden Sinnesdaten erscheinen daher seltsam und der Realität beraubt. *Reiss* (Dresden).

Therapie.

Holst, Johan: Praktische Verwendung und theoretische Grundlagen der sogenannten periarteriellen Sympathektomie. Norsk Magaz. f. Laegevidenskaben Jg. **87**, Nr. 2, S. 89—110. 1926. (Norwegisch.)

Holst berichtet über 6 Fälle periarterieller Sympathektomie: 1 Fall Ulcus cruris, 1 Fall neurotropisches Geschwür, 1 Fall Angiospasmus wurde geheilt, 2 andere von trophischen Geschwüren bei Arteriosklerose waren erfolglos operiert. In einem Falle trat bei der Operation eine Ruptur der arteriosklerotischen Femoralarterie ein. Die Operation bleibt nur für schwere Fälle reserviert, in denen alle anderen Mittel versagen, Rezidive sicher sind und Gefahren der Operation nicht zu befürchten sind. Alle theoretischen Betrachtungen über die Wirkungen der periarteriellen Sympathektomie scheitern an den unvollständigen Kenntnissen, die wir heute noch von der Anatomie und Physiologie des autonomen Nervensystems haben. *S. Kalischer* (Schlachtensee-Berlin).

Cohen, Ira: Periarterial sympathectomy. (Über periarterielle Sympathektomie.) (*Mount Sinai hosp. a. Montefiore hosp., New York.*) Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 5, S. 704—709. 1925.

Verf. hat in 11 Fällen mit schmerzhaften Geschwüren an den unteren Extremitäten die 1913 von Leriche beschriebene periarterielle Sympathektomie an der Arteria femoralis vorgenommen. In 7 Fällen war die Ursache Arteriosklerose, in zweien Thrombophlebitis, in einem leichter Diabetes. Ein Fall betraf ein trophisches Geschwür. Von den 7 Patienten mit Arteriosklerose wurden 3 für längere oder kürzere Zeit schmerzfrei, von den beiden Fällen von Thrombophlebitis nur einer. Das trophische Geschwür

Digitized by Google

heilte ab. Die 6 übrigen Fälle zeigten keine Besserung. Diese teilweisen Mißerfolge bei Sympathektomie entsprechen der allgemeinen Erfahrung. Eine Auswahl der für die Operation günstigen Fälle läßt sich noch nicht treffen. Verf. vermutet in der kräftigen Blutdurchströmung und Erwärmung des operierten Gliedes den Hauptheileffekt.

Gierlich (Wiesbaden).

Brown, George E., and Leonard G. Rowntree: Vasodilatation following sympathetic neurectomy. (Gefäßerweiterung nach Sympathicusdurchschneidung.) (*Mayo clin., Rochester.*) Americ. heart journ. Bd. **1**, Nr. 2, S. 144—150. 1925.

In den letzten 3 Jahren haben die Verff. etwa 50 Fälle von Buergerscher Krankheit (Thromboangiitis obliterans) beobachtet und behandelt. Nach den unbefriedigenden Ergebnissen der medikamentösen Therapie schritt man zur Operation, und zwar wurde die Leriche-Handleysche Operation vorgenommen. Die Erfolge bei 17 Fällen der genannten Krankheit waren mit einer Ausnahme ungenügend, desgleichen bei 3 Fällen von Endarteriitis obliterans und bei einem Fall von Erythromelalgie. — 5 Patienten mit spastischer Paraplegie, bei denen eine lumbale Ramisektion ausgeführt worden war, zeigten nach der Operation eine Steigerung der Wärmeproduktion und -leitung in den Füßen. — Die wenig übersichtliche Arbeit schließt mit der Krankheitsgeschichte eines 33jährigen Patienten mit schwerer Hypertonie, bei dem der Sympathicus im Bereiche des 2. bis 4. Lumbalsegmentes exstirpiert worden war. Der Erfolg der Operation bestand in Besserung der vorher sehr erheblichen Beschwerden und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Die erzielte Blutdrucksenkung war recht geringfügig.

Taterka (Berlin).

Schulze-Gocht, Hans: Beitrag zur Hohlfußbehandlung. (*Pomm. Krüppelheilanst. „Bethesda", Züllchow-Stettin.*) Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. **24**, H. 1, S. 19 bis 21. 1926.

Bei isolierter Lähmung des Musc. peroneus longus, dessen Hauptwirkung die Pronation des Vorfußes bei gleichzeitiger Plantarflexion des Metatarsale I ist, entsteht ein typischer Knickplattfuß. Diese Folge der isolierten Peroneus longus-Lähmung brachte den Verf. darauf, beim idiopathischen Hohlfuß Jugendlicher, der noch nicht knöchern fixiert war, allein nur eine Ausschaltung des Peroneus longus vorzunehmen und die Wirkung des Peroneus brevis durch ihn zu verstärken. Es wurde also nach Durchschneidung der Longussehne diese auf die Ausstrahlung der Brevissehne aufgenäht. Nach wenigen Wochen zeigte sich bereits eine Abflachung des Längsgewölbes und eine Aufrichtung der Fußwurzel aus der Klumpstellung. Die Frage der Dauerresultate ist vorläufig noch nicht zu entscheiden, die subjektiven Beschwerden wurden in allen Fällen gebessert oder behoben. Das angegebene Verfahren kommt nur bei jugendlichen Individuen in Betracht, deren Skelett in der falschen Stellung noch nicht fixiert ist, bei schweren Fällen ist es mit den üblichen Operationsmethoden zu kombinieren. Es ist selbstverständlich, daß das gleiche Vorgehen beim Bestehen eines Knickhohlfußes sich verbietet.

Hans Taterka (Berlin).

Willis, C. Campbell: End-results of operation for correction of drop-foot. (Endergebnisse der Operation zur Beseitigung des Hängefußes.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 25, S. 1927—1931. 1925.

Die Technik seiner Operation hat sich seit der ersten Veröffentlichung im Jahre 1923 nicht wesentlich geändert. Sie besteht im allgemeinen darin, von hinten her auf das obere und untere Sprunggelenk einzugehen, den hinteren Vorsprung des Talus abzutragen und entweder den oberen Rand des Calcaneus mit dem Meißel nach oben umzubrechen und in diese Calcaneuswunde Knochenstückchen pyramidenartig aufzubauen, damit dieser Knochenblock eine Plantarflexion über den rechten Winkel verhindert; oder auch nur eine Grube in den oberen Calcaneusrand zu schlagen und hier Knochenstückchen in der geschilderten Weise aufzubauen. Darüber werden die Weichteile, die Z-förmig durchtrennte Achillessehne, Fascie und Haut sorgfältig wieder geschlossen. Gipsverband für 8 Wochen, dann für 6 Monate gegen Plantarflexion gesperrter Apparat. Diese Blockierung eignet sich für alle Fälle von Spitzfuß, muß aber gegebenenfalls mit Teilarthrodesen des Mittelfußes bzw. Korrektur der Varus- oder Valgusdeformität durch Keilresektion kombiniert werden. Auch zur Ergänzung von Sehnenplastiken wird diese Blockierung empfohlen, jedoch erst bei Kindern über 8 Jahre; früher sind stabilisierende Operationen selten angezeigt. — Bisher wurden 135 Fälle so operiert, bei 62 liegt eine Nachuntersuchung nach 6 Monaten bis 3 Jahre vor. Die Plantarflexion war bei 58 Fällen zur Genüge behindert. Nur 4 Rezidive; davon wurde einmal der Knochen resorbiert, in den 3 anderen ist der Fehlschlag auf fehlerhafte Technik bei Verankerung des Knochenblockes

Digitized by Google

zurückzuführen. Von den 62 Fällen waren 43 über 14 Jahre alt, mit nur einem Fehlschlag, und 19 Fälle zwischen 7—14 Jahren, mit 3 Rezidiven. In 2 Fällen blieben Schmerzen beim Gehen weiter bestehen; sie sind auf einen zu großen Knochenblock zurückzuführen. In solchen Fällen müßte der Knochenblock etwas verkleinert werden. In der Wechselrede wird allgemein die Anerkennung für die Operation ausgesprochen, weil die evtl. funktionstüchtig gebliebenen Muskeln nicht vollständig lahmgelegt sind. Jedoch wird gefragt, ob nicht später Schmerzen durch das ständige Anschlagen des Blocks an die Tibia zu erwarten sind. Nach den bisherigen Erfahrungen ist dies zu verneinen, da einige Male anfangs noch bestehende Schmerzen später geschwunden sind. *Erlacher* (Graz).

Spezielle Neurologie.

Meningen:

Seligmann, E., und E. Pieper: Die Cerebrospinalmeningitis in Preußen in den Jahren 1923 und 1924. (*Hyg.-bakteriol. Inst. d. städt. Hauptgesundheitsamtes, Berlin.*) Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverwalt. Bd. **20**, H. 8, S. 439—494. 1926.

Die umfangreichen statistischen Feststellungen der Verff. entsprangen einer Anregung der Hygienesektion des Völkerbundes von der Absicht ausgehend festzustellen, wieweit die als übertragbare Genickstarre gemeldeten Erkrankungen durch den Meningokokkus tatsächlich hervorgerufen waren. Andere epidemiologische Fragestellungen kamen hinzu. In den beiden Jahren 1923 und 24 sind größere Epidemien in Preußen nicht vorgekommen, die Zahl der sporadischen Erkrankungen ist geringer als in früheren Jahren, immerhin sind noch ca. 700 Fälle sicherer Meningokokkenmeningitis neben vielen unklaren zu verzeichnen. Sicher andersartige Meningitiden waren 10,7 bzw. 4,6% der Meldungen. Die Morbidität ist im männlichen Geschlecht viel häufiger (ca. $^2/_3$). 72% Kinder oder Heranwachsende, Säuglinge 12—13%. Mehrzahl der Erkrankungen 1. Hälfte des Kalenderjahres. Bergleute erkranken besonders häufig; dementsprechend sind Bergwerksprovinzen besonders befallen. Ungünstige Wirtschafts- und Wohnungsverhältnisse waren nicht festzustellen. Letalität ca. 60%. Im Säuglingsalter mehr als 80%! Ausbeute an positiven Meningokokkenbefunden der Umgebung mangels genügend Untersuchungen gering. Selten ließ sich eine Infektionsquelle feststellen, dagegen wurde mehrfach eine Familiendisposition festgestellt, ohne daß besondere Anhaltspunkte für direkte Kontagion von einem Familienangehörigen zum anderen evident waren. Dem Kopftrauma messen die Autoren, wie sie an Beispielen darlegen, eine hohe dispositionelle Bedeutung bei; die mitgeteilten Belegfälle sind aber doch nur zum Teil beweiskräftig. Unter klinischen Besonderheiten werden septische Erscheinungen, Nephritis, Otitis media erwähnt. Erkrankungen der Atmungsorgane spielen unter den die Meningitis einleitenden Erkrankungen eine große Rolle. Mehrfache Beobachtung von Rezidiven mit längerem Gesundheitsintervall. Einfluß der Serumtherapie statistisch nicht zu erschließen. Die Men. epid. gehört zu den Auslesekrankheiten. Es ist möglich, daß Meningokokken als harmlose Schmarotzer häufiger vorkommen als vielfach gefunden wurde; die häufige Erkrankung der Bergleute ist auf die klimatischen Verhältnisse der Gruben, in denen sich die Kokken auch außerhalb des menschlichen Körpers evtl. tagelang erhalten können, im Verein mit den überaus häufigen Erkältungskrankheiten und den ebenfalls häufigen Kopftraumen der Bergarbeiter zurückzuführen. *F. Stern* (Göttingen).

Dujarric de la Rivière, R., et Et. Roux: De l'action de quelques agents physiques et chimiques sur la floculation des sérums antiméningococciques. (Über die Wirkung einiger physikalischer und chemischer Faktoren auf die Flockung von Antimeningokokkenseren.) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 36, S. 1419 bis 1420. 1925.

Die Verff. haben festgestellt, daß die Antimeningokokkensera befähigt sind, in spezifischer Weise Flockung zu zeigen in Gegenwart einer Emulsion von Benzoetinktur und alkoholischem Meningokokkenextrakt in physiologischer Kochsalzlösung. Die Verff. haben nun untersucht, welchen Einfluß gewisse physikalische und chemische

Digitized by Google

Faktoren auf die Flockung haben. Nach $^1/_2$stündiger Erhitzung ist die Flockung kaum vermindert, dagegen wird sie gehindert durch Hinzufügung von Formol und Orthooyxchinoleinsulfat. Für Phenol und Kaliumpermanganat bestehen besondere Verhältnisse. *V. Kafka* (Hamburg).

Schmidt, Karl: Über die Serumbehandlung und Mortalität der Genickstarre. (*Knappschaftskrankenh., Fischbachtal [Saargeb.].*) Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. **22**, Nr. 24, S. 751—755. 1925.

Erfahrungen an 20 Fällen von epidemischer Genickstarre. 5 Todesfälle. 75% Heilungen. Behandlung: Meningokokkenserum 20 ccm (Behringwerke Marburg) nach Ablaß von 40—80 ccm Liquor. Möglichst Frühbehandlung. *Kurt Mendel.*

Jacob, L., und H. Wendt: Über die Behandlung schwerer Fälle von Sepsis und eitriger Meningitis mit künstlichem Abscеß. (*Städt. Krankenanst., Bremen.*) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. **103**, H. 1, S. 92—107. 1926.

An einer Anzahl von zum Teil sehr schweren Fällen von Sepsis und eitriger Meningitis konnten Verff. die günstige, öfter lebensrettende Wirkung künstlicher Abscesse zeigen, die durch subcutane Injektion von 2—3 ccm reinem Terpentinöl am Oberschenkel erzeugt wurden. Es tritt eine typische Reaktion auf, erkennbar an den Blutveränderungen, eine leukocytäre Kampfphase mit folgender lymphocytärer Heilphase, wie sie Schilling und seine Mitarbeiter bei der Malariainfektion beschrieben haben. Es kommt zur Produktion leistungssteigernder Stoffe, deren Nachweis Freund, Gottlieb und Dresel in ihren Untersuchungen über unspezifische Reiztherapie zum Teil schon gelungen ist, zu einem Einsatz aller noch vorhandenen Abwehrkräfte des Organismus und damit zur Überwindung der Infektion. Der günstigste Zeitpunkt für das Anlegen des Abscesses ist aus dem klinischen Verlauf und der Leukocytenkurve erkennbar; er ist meist dann gegeben, wenn das erste akute Stadium der Infektion vorüber ist, die spontane Reaktion des Körpers aber nicht zu ihrer völligen Überwindung genügte. Anfängliche Steigerung der Leukocytenzahl, dann Abfall derselben ist dabei häufig. Aber auch solche Fälle sind zum Teil noch geeignet, bei denen von Anfang an die Abwehrreaktion gering ist und keine deutliche Leukocytose zustande kommt. Einen Schaden der Abscеßbehandlung haben Verff. niemals gesehen, auch nicht in den schwersten Fällen bei großer Prostration und hoffnungslos scheinendem Blutbild. *Kurt Mendel.*

Ferretti, Corrado: Sulla leptomeningite da otite acuta. (Contributo clinico.) (Über Leptomeningitis infolge akuter Otitis. [Klinischer Beitrag].) (*Clin. otorinolaringol., univ., Napoli.*) Arch. ital. di otol., rinol. e laringol. Bd. **36**, H. 10, S. 628—637. 1925.

Nach Besprechung der therapeutischen Methoden bei otogenen Meningitiden wird auf Grund einer Beobachtung für den besonderen Fall einer Leptomeningitis durch Fortleitung der akuten Infektion vom Mittelohr auf dem Lymphweg empfohlen: Eröffnung der Paukenhöhle und des Warzenfortsatzes mit Entfernung des Trommelfells und der Gehörknöchelchen, Drainage der Operationswunde, wiederholte Lumbalpunktionen und Anwendung einer Autovaccine. *Hans Strauss* (Frankfurt a. M.).

Levy, Isidore I., and Armand E. Cohen: Pyocyaneus meningitis after lumbar puncture. Report of a case with apparent recovery. (Pyocyaneus-Meningitis nach Lumbalpunktion. Bericht über einen Fall mit anscheinender Heilung.) (*Hebrew hosp., Baltimore.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 25, S. 1968—1969. 1925.

Im Anschluß an eine Lumbalpunktion bei einem Tabiker kam es zu einer Meningitis, als deren Ursache eine Infektion mit Pyocyaneus anzusehen war. Im Liquor fanden sich sehr zahlreiche (3500) Zellen, davon 93% polynucleäre. Bei der Aussaat wuchs Pyocyaneus. Die Behandlung bestand in Lumbalpunktionen und intraspinaler Injektion von inaktiviertem Eigenserum. Der Erfolg war der, daß die Zellzahlen bis zur Norm zurückgingen und daß erneute Liquoraussaaten steril blieben. Nach allmählicher Besserung konnte Patient schließlich als geheilt entlassen werden. Der Fall ist wegen der Seltenheit dieser Infektionsart ungewöhnlich.
Bostroem (München).

Guccione, Filippo: Contributo alla diagnosi anatomica differenziale tra meningite tubercolare e sifilitica. (Beitrag zur anatomischen Differentialdiagnose zwischen tuber-

Digitized by Google

kulöser und syphilitischer Meningitis.) (*Istit. di anat. patol., univ., Roma.*) Pathologica Jg. 17, Nr. 409, S. 641—650. 1925.

Um die schwierige Differentialdiagnose zwischen tuberkulösen und luischen spinalen Meningitiden zu stellen, beachte man, daß die Tuberkulose häufig die Wirbel mitergreift, daß sie sich meist im Dorsolumbalabschnitt des Rückenmarks findet, sich im epiduralen Gewebe entwickelt, daß sie meist unter dem Bild einer (diffusen) Leptomeningitis, die aber umschrieben bleibt, verläuft, daß sie sich fast nur an der Hinterfläche des Rückenmarks ausbreitet und zur Bildung von Granulationsgewebe führt. Die luetischen Prozesse lassen die Wirbel frei, ergreifen hauptsächlich das Halsmark, entwickeln sich in der Leptomeninx, gehen sekundär auf alle Meningen (auch des Gehirns) über, sind auch an der Vorderseite der Medulla festzustellen, führen zu Gummi- oder Granulationsbildung oder zu beidem und verursachen endarteriitische Erscheinungen und perivenöse lymphocytäre Infiltration. Wichtig ist auch der bakteriologische Befund. Verf. konnte die Obduktion eines Falles vornehmen, der 1918 an Bronchopneumonie, 1924 an einer rechtsseitigen Halsschwellung, aus der Eiter entleert wurde, und 1925 nach über ein Jahr dauernder Heilung an Nacken- und Schulterschmerzen, Fieber, Bein-, linker Arm- und Blasenlähmung erkrankte. Zwischen vierter Hals- und dritter Brustwurzel fand sich neugebildetes Gewebe, das sich verschmälerte und als feiner Strang an den linken Vorderwurzeln bis zur ersten Lendenwurzel reichte. Histologisch: Mäßige, epidurale lympho- und monocytäre Infiltration mit wenig Plasmazellen, die auch in der subduralen, pialen und arachnoidalen Infiltration (hier Lympho-, Monocyten, Fibroblasten) spärlich sind. In dem Infiltrat käsig-nekrotische Knötchen mit Riesenzellen und nekrotische Herde. Fehlen von Gefäßen im ganzen erkrankten Gebiet, ausgedehnte Zone von Monocyten im fibroblastischen Gewebe mit neugebildeten Capillaren, adventitielle mono- und lymphocytäre Infiltrate der feinen Epidural-, Pial- und Medullärarterien und -venen, diffuse Veränderung der Nisslschollen in den Vorderhörnern, Faserschwund in den Strängen und Infiltration der Vorderwurzeln mit langen Fasern. In der Lunge Endarteriitis, Venenthrombose, nekrotisch verkäster Herd. Das reichliche Vorkommen der Monocyten, das Freibleiben der Gefäßwände von Veränderungen und der feinen Gefäße von Plasmazellen, schließlich der negative Spirochätenbefund und der Lungenherd lassen den Prozeß als tuberkulös erscheinen. *Kastan* (Hamburg).

Halliday, James L.: Some statistical aspects of tuberculous meningitis. (Einige statistische Überblicke über tuberkulöse Meningitis.) Edinburgh med. journ. Bd. 33, Nr. 3, S. 160—168. 1926.

Verf. gibt an Hand von 7 Tabellen einen Überblick über die in den Jahren 1899 bis 1923 in Glasgow offiziell gemeldeten Todesfälle von tuberkulöser Meningitis im Vergleich zu denen von Lungentuberkulose und allgemeiner Tuberkulose. Er kommt zu dem Schlusse, daß die Zahl der Todesfälle dieser drei Formen von Tuberkulose in den obigen Jahren in ihrem An- und Abstieg sich fast völlig decken. Das Maximum der Todesfälle fällt regelmäßig auf das Frühjahr und die frühen Sommermonate. Zur Erklärung dieser auf den ersten Blick auffallenden Ergebnisse entwickelt der Verf. die Hypothese, daß die tuberkulöse Erkrankung der Bronchialdrüsen, welche die Infektion des Blutes und somit die tuberkulöse Meningitis zur Folge hat, in die Monate November bis Februar anzusetzen ist, ca. 3 Monate vor Ausbruch der tuberkulösen Meningitis. Kinder, die in engen Wohnungen zusammengepfercht leben, ergeben keinen höheren Prozentsatz an tuberkulöser Meningitis als Kinder aus großen Wohnungen.
Gierlich (Wiesbaden).

Constantinescu, C. D., und Julian Cristea: Polynucleäre Zellen im Liquor bei tuberkulöser Meningitis. Rev. ştiinţelor med. Jg. 14, Nr. 9, S. 841—849. 1925. (Rumänisch.)

Verff. untersuchten bei 4 Fällen tuberkulöser Meningitis den Liquor auf polynucleäre Zellen und haben folgende Schlüsse gezogen: 1. Polynucleäre Zellen findet man nicht selten im Liquor bei tuberkulöser Meningitis. 2. Man beobachtet sie im An-

Digitized by Google

fange der Krankheit und kann nachher Lymphocyten finden; wenn die Hirnhäute heftig, perakut gereizt werden, kann man während der Krankheitsentwicklung polynucleäre Zellen konstatieren. 3. Gewöhnlich hat man polynucleäre Zellen beobachtet bei den Fällen mit Granulation, bei denen die Diagnose durch Autopsie bestätigt wurde; es gibt aber auch Fälle, in denen die miliaren Granulationen bei den Meningen sowie bei den Eingeweiden fehlten. 4. Die Pathogenie der polynucleären Zellen bei der tuberkulösen Meningitis ist diskutiert. Verff. teilen die Meinung jener Autoren, welche der Ansicht zuneigen, daß diese Formen der Leukocyten wahrscheinlich durch das Toxin der Kochbacillen entstanden sind und in den Liquor austreten. Diese Leukocytenformen finden sie nicht nur bei Granulationen, sondern auch in jeder anderen Form bacillärer Infektion. 5. Wenn man bei einer tuberkulösen Meningitis während der Entwicklung des Leidens ständig polynucleäre Zellen findet, ist es erlaubt, eine ernste Prognose zu stellen. *Urechia* (Klausenburg).

Benoliel, Sara: Le liquide céphalo-rachidien dans les méningites tuberculeuses. (Die Spinalflüssigkeit bei tuberkulöser Meningitis.) (*Serv. de pédiatr., fac. de méd., univ., Lisbonne.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 37, S. 1553 bis 1554. 1925.

Der Nachweis Kochscher Bacillen in dem fibrinösen Schleier des Lumbalpunktats bei tuberkulöser Meningitis gelingt verhältnismäßig häufig und leicht. Dem Verf. stehen 16 positive Ausfälle unter 24 Meningitisfällen zur Verfügung. Außerdem beansprucht die Anwesenheit des peptolytischen Ferments eine große Beachtung, weil es im normalen Liquor nicht vorkommt, wohl aber bei tuberkulöser Meningitis. Ein beträchtlicher Niederschlag der Chlorüre spricht fast zuverlässig für tuberkulöse Meningitis. Der Gehalt liegt zwischen 5 und 6 g. Verf. fand sogar besonders in der Initialperiode schwankende Werte zwischen 7,65 und 9,36 g. Der Niederschlag der Chlorüre ist nicht konstant. *Köhler* (Köln).°°

Repaci, G.: Sulla diagnosi della meningite tubercolare. Note critiche sulla reazione leucocitaria e sulla formula chimica del liquido cefalo-rachideo nella meningite tubercolare. (Zur Diagnose der tuberkulösen Meningitis. [Kritische Bemerkungen über die Leukocyten- und chemische Formel des Liquors bei der tuberkulösen Hirnhautentzündung].) (*Osp. magg., Milano.*) Clin. pediatr. Jg. **7**, H. 12, S. 724—747. 1925.

Fall 1. 7jähriges Mädchen zeigt im Verlaufe einer Erkrankung, welche ob des kontinuierlichen hohen Fiebers, wegen Milztumors und Diarrhöen für ein typhöses Fieber gehalten worden war, meningitische Symptome. Lumbalpunktat eitrig, mit fast ausschließlich polynucleären Leukocyten, keine Meningokokken, dagegen reichlich Tuberkelbacillen. — Fall 2. 39jähriger Soldat erkrankt unter den Symptomen einer epidemischen Cerebralmeningitis. Lumbalpunktat weist enorme Polynukleose auf, keine Meningokokken, reichlich typische Kochsche Bacillen. — Fall 3. 14jähriger Knabe, tracheobronchiale Drüsenschwellungen, erkrankt mit unregelmäßigem Fieber, Kopfschmerzen, Obstipation, dann zunehmenden meningitischen Symptomen. Liquor leicht getrübt, Lymphocyten überwiegen die polynucleären. Bakteriologisch steril. Heilung. — Fall 4. 19jähriger Soldat. Erkrankt im Verlaufe einer Epidemie von Meningitis cerebrospinalis epidemica selbst unter den typischen Erscheinungen einer solchen. Lumbalpunktat zeigt Gerinsel, Lymphocytose, Nonne, leichte Eiweißvermehrung, Verminderung der Chloride und des Zuckers. Bakteriologisch steril. Heilung.

In den epikritischen Bemerkungen betont Verf. zunächst, daß die tuberkulöse Meningitis keine spezifische Leukocytenformel aufweise; es kann Lympho-, Polynucleocytose, eine Mischung von beiden, endlich, was am seltensten der Fall ist, ein Fehlen jeglicher leukocytären Reaktion im Liquor vorkommen. Auch das Vorhandensein oder das Fehlen eines Fibringerinsels hat nicht jenen pathognostischen Wert, der ihm vielfach beigelegt wird. Der Eiweißgehalt bewegt sich im allgemeinen zwischen 1—2 g beim Kinde und 2—3 g beim Erwachsenen, doch sind geringere oder höhere Mengen nicht allzu selten. Das Verhalten der Globuline ist für die Diagnose der tuberkulösen Meningitis ohne sonderliche Bedeutung. Die Herabsetzung der reduzierenden Substanzen im Liquor kommt bei allen Formen von Meningitis vor. Die Chloride sind wesentlich vermindert, ebenso der Aschenrückstand. Das Wichtigste ist der Nachweis von Kochschen Bacillen. *Alexander Pilcz* (Wien).

Digitized by Google

Klinke, K.: Behandlung der tuberkulösen Meningitis mittels Sauerstoffinsufflation. (*Univ.-Kinderklin., Breslau.*) Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. **31**, H. 5, S. 539 bis 541. 1926.

Sharp hatte behauptet, durch intralumbale Sauerstoffinjektionen von 12 Fällen tuberkulöser Meningitis 3 geheilt zu haben. Bei der prognostischen Aussichtslosigkeit der Krankheit hat Verf. dieses Verfahren nachuntersucht, aber bei 6 Fällen keinerlei Einfluß auf den ungünstigen Verlauf des Leidens gesehen. Im Liquor fand sich nach der Behandlung eine Zellvermehrung und eine ungewöhnliche grünliche Färbung. Verf. glaubt weitere Untersuchungen anstellen zu müssen, bevor er sich endgiltig über das Verfahren äußert und regt eine ähnliche Behandlung der eitrigen Hirnhautentzündung an. *Zappert* (Wien).

Pedrazzini, Francesco: Della cosidetta meningite sierosa o pseudo-tumore cerebrale di Nonne. (Die sog. seröse Meningitis und der Pseudotumor cerebri.) Arch. di patol. e clin. med. Bd. **4**, H. 4, S. 367—374. 1925.

Einer ausführlichen Literaturangabe folgt die pathologisch-anatomische Untersuchung von 4 Fällen mit angeborenem Wasserkopf und 1 serösen Meningitis. In allen Fällen findet Verf. übereinstimmend eigentümliche Verschlingungen und Wirbelbildungen in den Gefäßen, die durch die veränderten hydrostatischen Verhältnisse die klinischen Symptomen hervorrufen sollen. *F. H. Lewy* (Berlin).

De Toni, Giovanni: Le meningiti da inquinamento. (Die traumatische Meningitis.) (*Osp. infant. „Cesare Arrigo", Alessandria.*) Rif. med. Jg. **41**, Nr. 31, S. 729—733. 1925.

Ein 2 monatliches Kind erkrankt unter den Erscheinungen einer epidemischen Meningitis. Nach der ersten Lumbalpunktion werden 5 ccm NaCl aus einer frisch geöffneten sterilen Ampulle eingespritzt. In der Folgezeit werden, nachdem die Untersuchung die Wahrscheinlichkeit der Diagnose bestätigt hat, verschiedene Injektionen mit Antimeningokokkenserum gemacht. Die Temperatur sinkt darauf ab, bis nach 6 Tagen unerwartet Krämpfe auftreten. Bei der Lumbalpunktion finden sich keine Meningokokken mehr, sondern ein diphtheriodes Stäbchen. Auch bei weiteren Punktionen ergibt sich derselbe Befund, und es stellt sich heraus, daß es sich um einen im Kochsalz befindlichen Saprophyten handelt, während die Sektion des Kindes eine schwere Eiterung mit gramnegativen Meningokokken ergab, die sich bei der weiteren Untersuchung als Micrococcus catarrh. erwiesen. *F. H. Lewy* (Berlin).

Großhirn:

Linsenkernerkrankungen, Dyskinesien:

Marburg, Otto: Der amyostatische Symptomenkomplex. Arb. a. d. neurol. Inst. d. Wiener Univ. Bd. **17**, H. 1, S. 47—72. 1925.

Fortbildungsvortrag, der einen Einblick in die Klinik, Anatomie und Pathophysiologie des genannten Gebietes gewährt. Von den besonderen Anschauungen des Verfassers sei erwähnt seine Auffassung von der zentripetalen Bedingtheit der Spontaneität und des Bewegungsantriebes, seine Deutung des Tremors als Störung der Tonussymmetrie in fixierenden Muskeln; ihr Auftreten in Verbindung mit Schädigung des Antagonistenreflexes soll zu Chorea resp. Athetose führen. *Bostroem* (München).

Meyer, A.: Zur Auffassung des Status marmoratus. (*Univ.-Klin. f. Psychisch- u. Nervenkranke, Bonn.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **100**, H. 4/5, S. 529—544. 1926.

6jähriges idiotisches Mädchen mit generalisierter Athetose und beiderseits Babinski. Nach der schweren Geburt wochenlanger Schlaf, mit $^1/_2$ Jahr Krämpfe. — Kleines Gehirn mit fibröser Piaverdickung. Genereller endarteriitischer Gefäßprozeß mit perivasculären Lichtungsherden, Sklerosierungen in grauer und weißer Substanz des Stammes; schwach entwickelter Status marmoratus vornehmlich im Putamen. Im Bereich des Status marmoratus Gliafaserwucherung, besonders dicht perivasculär, wo auch die Markfasern am dichtesten liegen.

Verf. führt die Gesamtheit der Hirnveränderungen seines Falles auf den weitverbreiteten Gefäßprozeß zurück (perivasculäre Verödungen bzw. Gliosen). Das Zustandekommen des Status marmoratus könne man sich durch das Zusammenfließen zahlreicher perivasculärer Herdchen vorstellen. Das komme auch für Scholz' Fall in Frage, in welchem die Gliose ebenfalls perivasculär am dichtesten sei (aus der

Digitized by Google

dichteren Lagerung der Gliafasern um die Gefäße innerhalb einer ausgedehnten Gliose allein dürften keine pathogenetischen Schlußfolgerungen gezogen werden können. Ref.) Für die Genese des Markfaserfilzes des Status marmoratus stellt Verf. die Hypothese des Zusammenrückens der Markfasern innerhalb des narbig veränderten Gewebes auf.

Anmerkung des Ref. Diese Hypothese dürfte für die Mehrzahl der Fälle nicht zutreffen, da hierbei der geringe Gewebsschwund und die große Dichtigkeit des Markfaserfilzes in gar keinem Verhältnis stehen. Der Fall zeigt aufs neue, wie wenig klassifikatorischer Wert dem histologischen Symptom des Status marmoratus an sich zukommt. An der besonderen nosologischen Stellung der rein striär-symmetrischen Fälle mit nachweisbarer Heredität (C. und O. Vogt. Scholz) muß aber trotzdem vorderhand festgehalten werden.

Scholz (Tübingen).

Vogt, Cécile, und Oskar Vogt: Die nosologische Stellung des Status marmoratus des Striatum. (*Kaiser Wilhelm-Inst. f. Hirnforsch. u. neuro-biol. Inst., Univ. Berlin.*) Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 28, Nr. 7, S. 85—87. 1926.

Der Status marmoratus, von dem die Verff. jetzt 15 fremde und eigene Fälle übersehen, ist klinisch stets charakterisiert durch regressive Rigidität ohne wirkliche Lähmungen in Verbindung mit mehr oder weniger ausgesprochenen athetotischen und choreatischen Bewegungen. Wenn auch Komplikationen möglich sind, so handelt es sich doch um eine abgegrenzte Krankheitsgruppe; es ist zu hoffen, daß es durch deren weitere Zerlegung möglich sein wird, zu ätiologischen Einheiten vorzudringen.

Hallervorden (Landsberg-Warthe).

Mahaim, Ivan: La dégénérescence hépato-lenticulaire. Etude clinique, anatomique et expérimentale. (Die Leberlinsenkerndegeneration; die Krankheitsgruppe Wilson-Pseudosklerose, eine klinische, anatomische und experimentelle Studie.) (*Clin. psychiatr. et inst. d'anat. pathol., univ., Lausanne.*) Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 17, H. 1, S. 43—62. 1925.

Mahaim, Ivan: La dégénérescence hépato-lenticulaire. Etude clinique, anatomique et expérimentale. (Die Leberlinsenkerndegeneration. Klinische, anaotomische und experimentelle Studie.) (*Clin. psychiatr., univ., Lausanne.*) Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 17, H. 2, S. 283—305. 1926.

In dieser klinisch und experimentell anatomischen Studie wird zunächst ein Fall von Wilsonscher Krankheit mitgeteilt:

Ein 9jähriger Knabe ohne krankhafte Heredität und Familiarität erkrankte mit Zittererscheinungen und allgemeiner Hypertonie der gesamten Muskulatur. Dazu gesellte sich im Verlaufe von 2 Jahren Dysphagie, Dysarthrie und ausgesprochene athetotische Bewegungen der Extremitäten. Anatomisch fand sich eine Lebercirrhose und eine allgemeine Gliaproliferation bei Ganglienzellentartung bes. lokalisiert im Striopallidum.

Eine eingehende Kritik der Literatur und eigene experimentelle Untersuchungsergebnisse führen Verf. zu folgenden Ergebnissen: In Übereinstimmung mit Hall sind Wilsonsche Krankheit, Pseudosklerose und Torsionsspasmus als eine Krankheitseinheit anzusehen, ausgezeichnet durch die Kombination von Leberveränderungen und solchen im Striopallidum. In Übereinstimmung mit Jakob wird das Auftreten von athetotischen Bewegungen auf die herdförmigen Veränderungen des Pallidum bezogen, wobei freilich zu betonen ist, daß die Athetose auch eine andere Lokalisation bieten kann. Das Vorkommen einer Pseudosklerose ohne Leberveränderung ist nicht erwiesen. Es gelingt sehr leicht, primäre Läsionen der Leberzellen hervorzurufen durch Injektion von 50 proz. Alkohol in die Gallengänge. Bei 2 so behandelten Hunden (beim 1. Tier 4 Injektionen von je 40 ccm 50 proz. Äthylalkohol; beim 2. Tiere 2 Injektionen der gleichen Menge), die unter ikterischen Erscheinungen und progressiver Kachexie 31 bzw. 79 Tage nach der ersten Alkoholinjektion starben, fanden sich schwere primäre und chronische Leberveränderungen, zudem deutliche diffuse und schwere degenerative Parenchymveränderungen des Großhirns mit leichter Betonung in den zentralen grauen Kernen, besonders im Caudatum und Thalamus. Auch leichte Gefäßveränderungen ließen sich feststellen, und gerade sie zeigten einen Prädilektionssitz in den basalen Stammganglien. Die Art und Lokalisation der Veränderungen entspricht den experi-

Digitized by Google

mentellen Untersuchungsergebnissen Kirschbaums aus dem Jakobschen Laboratorium, bei denen jedoch die Prädilektion der basalen Stammganglien weniger betont war. Verf. bringt dies mit der kürzerenLebensdauer der Kirschbaumschen Experimentaltiere in Zusammenhang. Ähnliche experimentelle Untersuchungen von Willemi boten gleichfalls stärkere Veränderungen in den basalen Stammganglien. Daß die gefundenen cerebralen Veränderungen nicht auf den Alkohol als solchen zurückzuführen sind, beweist die Untersuchung eines Hundes, der die gleiche Menge Alkohol mit der Nahrung eingeführt bekam und keine wesentlichen Gehirnveränderungen bot. Jedenfalls hält sich Verf. auf Grund seiner Untersuchungen zu der Annahme berechtigt, daß primäre und chronische Leberveränderungen beim Tiere deutliche Gehirnveränderungen mit besonderer Lokalisation in den basalen Stammganglien hervorgerufen, und daß den Leberveränderungen auch bei der Krankheitsgruppe Wilson-Pseudosklerose die Priorität zukommt.

(Die Versuchsanordnungen und Befunderhebungen des Verf. sind zweifellos von größtem Interesse; doch scheint mir auch nach den hier vorliegenden Untersuchungsergebnissen eine besondere Prädilektion der basalen Stammgangliengebiete noch nicht sicher erwiesen. Auch Kirschbaum, der über ein Tier mit Eckscher Fistel von längerer Dauer verfügt und bei diesem Tier stärkere Gefäßalterationen in den basalen Stammganglien feststellen konnte, wagt nicht, aus diesem Befunde ein bevorzugtes Befallenwerden der basalen Stammganglien anzunehmen. Wie ich mich selbst an den Kirschbaumschen Präparaten überzeugen konnte, sind die Gehirnveränderungen im Zentralnervensystem so diffus, daß ein eindeutiges Urteil recht schwer fällt. Erst größere Versuchsreihen mit noch längeren zeitlichen Intervallen scheinen diese Frage lösen zu können. Ref.) *A. Jakob* (Hamburg).

Trömner: Paralysis agitans juvenilis. Ärztl. Ver., Hamburg, Sitzg. v. 26. I. 1926.

Die Erkenntnis der Mesencephalitis und Metencephalitis hat alle früher sog. jugendlichen Parkinson-Fälle in Frage und Mißkredit gebracht. Daß trotzdem einzelne auch moderner Kritik standhalten, zeigt folgender Fall: Ein 24jähriges gesundes unbelastetes Mädchen erkrankte vor 2 Jahren kurz nach Absage ihres Verlobten und nach Nächten schweren Kummers mit Zittern des rechten Arms, erst intermittierend, dann dauernd; seit kurzem auch des rechten Beins. Jetzt besteht dauernder Ruhetremor der rechten Hand, welcher durch Intentionen erst gehemmt und dann verstärkt wird, geringer Rigor der Nackenmuskulatur, etwas Salbengesicht und mimisch geringeBeweglichkeit; also fast alle Merkmale eines beginnenden Parkinson. Für Hysterie sprach weder Verhalten noch Symptome, und dagegen sprach vor allem die vollkommene Erfolglosigkeit mehrerer sonst gelungener Hypnosen. Für akuten encephalitischen Beginn war gar kein Anhalt. Alle diese Momente (Beginn nach Erregung, typischer Tremor, rheumatoide Schmerzen, Fehlen andersartiger Krankheitssymptome) bestimmten mich zur Diagnose Parkinson juvenilis. Es ist der zweite, meines Erachtens einwandfreie Fall, welchen ich sah und veröffentliche. 2. Stottern und Gehstottern. Als Stütze meiner vor 13 Jahren entwickelten Theorie des Stotterns dienen u. a. analoge Störungen anderer motorischer Gebiete, z. B. des Gehens. 51jähriger Mann erlitt 1914 durch Sturz in den Laderaum einen Beckenbruch. Seitdem Schwierigkeit beim Gehen. 1916—1918 in der Etappe, dort 1916 leichter apoplektischer Insult links, 1917 wieder leichter Schlaganfall, ebenfalls links und ebenfalls wieder bis auf geringe Reste gebessert. Seit dem ersten Anfall leichtes Stottern, welches 1918 durch Aufregungen sich verschlimmerte. Bei Aufnahme in meiner Abteilung noch geringer Rest der linksseitigen Lähmung, Sprache etwas undeutlich und deutlich Stottern. Auch beim Gehen deutliches Quasistottern der Beine, d. h. bei jedem Antreten, z. B. auch nach Sitzen oder kurzem Stehenbleiben, zunächst völlige Hemmung, dann zitternde Versuche, die Füße in Gang zu bringen, allmählich immer größere Bewegungen der Beine und schließlich nach ca. 10 Sekunden kleinere, dann mittelgroße freie Schritte. Dies Spiel wiederholt sich nach jedem Anhalten. In und nach Hypnose zunächst völlig freies Sprechen und völlig freies Gehen, dann wieder Rückfall, jedoch Dauerbesserung. Patient ist noch in Behandlung. Es ist der dritte von mir gesehene und beschriebene Fall. *Autoreferat* (durch *Wohlwill* [Hamburg]).

Kühl, Walter: Erfahrungen mit der Epithelkörper-Implantation bei der Paralysis agitans. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **187**, H. 5/6, S. 328—333. 1924.

Bericht über den von den Nachprüfern der homoio- resp. heteroplastischen Implantation von Nebenschilddrüsen bei Paralysis agit. erzielten Erfolg. Von 6 Fällen hatten 2 keinen, 4 einen vorübergehenden Erfolg bis zu 6 Wochen Dauer. Verf. kommt u. a. zu folgender Schlußfolgerung: „Das Gebiet der inneren Sekretion, speziell das der Epithelkörper, darf nicht mehr wie bisher Arbeitsfeld der Industrie bleiben, sondern gehört in Zukunft der Kritik, aber auch dem Impetus chirurgischen Denkens." — Hoffentlich aber nicht nur chirurgischen Denkens! *F. H. Lewy* (Berlin).

Digitized by Google

Kleinhirn, Vestibularapparat, hereditäre familiäre Ataxien:

Kufs, H.: Über einen Fall von Atrophia olivocerebellaris auf der Basis einer luetischen Frühmeningitis mit nach $8^1/_2$ Jahren nachfolgender progressiver Paralyse. Zugleich ein Beitrag zur Frage der Beziehungen zwischen der Heredolues und Heredodegeneration. (*Heil- u. Pflegeanst., Leipzig-Dösen.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **96**, H. 1/3, S. 275—294. 1925.

Die Arbeit von Kufs ist in prinzipieller Hinsicht wichtig. Der Kranke war im Felde 1915 unter Erscheinungen einer ausgeprägten Kleinhirnaffektion erkrankt. Die WaR. war damals im Blut und Liquor negativ ausgefallen, während positiver Nonne-Apelt und deutliche Zellvermehrung nachweisbar waren. Irgendwelche paralytische Erscheinungen waren damals nicht vorhanden; die Kleinhirnsymptome erwiesen sich als fortschreitend; erst $8^1/_2$ Jahre später — im Alter von 51 Jahren — entwickelte sich eine rasch zum Tode führende Paralyse. Die anatomische Untersuchung ergab das Vorliegen einer typischen, frischen Paralyse im Großhirn, im Kleinhirn makroskopisch Atrophie und Sklerose beider Lobi quadrangulares und der zugehörigen Partien des Oberwurms, mikroskopisch Verschmälerung der Molekularschicht, Ausfall Purkinjescher Zellen, an ihrer Stelle ein dichtes Band gewucherter Gliakerne. Erhaltenbleiben der Faserkörbe und der Parallelfaserung (also cerebello-fugaler Degenerationstyp nach Bielschowsky), Lichtung der Körnerschicht; Dendriten der erhaltenen Purkinje-Zellen teilweise aufgetrieben, ohne Mitbeteiligung des Zelleibes; an den erhaltenen Purkinje-Axonen stellenweise kugelige und spindlige Auftreibungen; hochgradige Gliafaserwucherung in der Molekularzone. Einzelne Gefäße der Pia und der Medulla oblongata zeigten eine erhebliche adventitielle Infiltration mit Übergreifen auf das Randgebiet der Med. oblong.

Verf. zieht aus seiner interessanten Beobachtung folgende Schlüsse: Die mit der juvenilen Paralyse kombinierten Kleinhirnatrophien stellen keine endogenen pathologischen Vorgänge in dem Sinne dar, daß eine Wesensverwandtschaft zwischen der Heredolues (dieser Ausdruck wäre besser ganz vermieden! Ref.) und Heredodegeneration des Kleinhirns besteht. Ebensowenig kann eine Wesensverwandtschaft zwischen juveniler Paralyse und amaurotischer Idiotie (Schaffer, Sträussler) angenommen werden, weil bei beiden Kleinhirnatrophie und Dendritenschwellung vorkommen. Die Tatsache, daß der beschriebene Fall auf der Basis der erworbenen Lues, wobei eine direkte Keimschädigung sicher wegfällt, in noch prägnanterer Weise als die juvenile Paralyse chronische, systematische Degeneration im Kleinhirn mit Schwellung der Dendriten und der Purkinjeaxone zeigt, beweist, daß die Argumente Sträusslers und Schaffers für ihre Auffassung über die Beziehungen zwischen der Heredolues und Heredodegeneration nicht stichhaltig sind. Der Fall bildet ein wichtiges Bindeglied zwischen den Kleinhirnatrophien bei der juvenilen Paralyse und der angeborenen Kleinhirnatrophie auf hereditärluetischer Basis einerseits und solchen Fällen von degenerativer Kleinhirnatrophie andererseits, die auch ohne Kombination mit Paralyse auf der Grundlage einer im späteren Lebensalter erworbenen Lues sich entwickeln (Fälle von Cassirer, Schuster, Thomas und Jumentié). *Schob* (Dresden).

Grazzi, Vittorio: La laberintite acuta par infezione da parotite epidemica. (Die akute Labyrinthitis nach epidemischer Parotitis.) Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **47**, Nr. 8, S. 169—171. 1926.

Verf. zeigt an der Hand einer größeren Reihe von Fällen, daß zu den schwersten Komplikationen des Mumps („orechioni o gattoni") die akute Labyrinthitis gehört, die sich sowohl auf den Cochlearis wie auf den Vestibularis erstreckt. Vestibularissymptome, wie Schwindel, Erbrechen, fehlen in der akuten Phase so gut wie nie, verschwinden aber dann ganz im Gegensatze zu ihrer Beständigkeit bei den Labyrinthiden anderer Genese. Die schwerste und andauernde Störung stellt aber die beiderseitige Taubheit dar, die bei Kindern mit Verlust des Sprachvermögens verbunden sein kann; häufiger ist die einseitige Taubheit, die zunächst übersehen werden kann. Beim Mumps der Kinder ist die Ohraffektion häufiger und schwerer als bei dem der Erwachsenen. Verf. zeigt in mehreren Fällen, daß sich die aurikuläre Schädigung innerhalb des akuten Mumps in unmittelbarem Anschluß an eine schwere Erkältung entwickelt hatte, und erblickt in der Durchkältung die Ursache des Infektionskeimes der akuten Parotitis im Gehörorgan; er verweist auf neuere ätiologische Forschungen, auf die Annahme

Digitized by Google

einer spezifischen Spirochäte als Erreger der akuten Parotitis (Kermogant). Verf. empfiehlt retroaurikuläre Einreibungen mit Quecksilber- und Jodsalben, innerlich Chininvalerianat sowie subcutane Injektionen von salzsaurem Pilocarpin, das eine besondere Wirkung auf die Schnecke, weniger auf die Bogengänge zu haben scheint.
G. Stiefler (Linz).

Güttich, Alfred: Neurolabyrinthitis nach Cysticercusmeningitis. (*I. Univ.-Hals-, Nasen- u. Ohrenklin., Charité, Berlin.*) Beitr. z. Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie d. Ohres, d. Nase u. d. Halses Bd. **22**, H. 5/6, S. 276—279. 1925.

Ertaubung im Anschluß an eine Cysticercuserkrankung ist selten. Verf. beschreibt einen Fall von Cysticercusmeningitis mit zunehmender Schwerhörigkeit und starkem Schwindel. Die Sektion ergab eine schwere Neuritis des Acusticus mit entzündlicher Labyrintherkrankung (Neurolabyrinthitis). Die Labyrinthitis ist als Folge der Meningitis aufzufassen.
Kurt Mendel.

Kleijn, A. de, und C. Versteegh: Schwindelanfälle und Nystagmus bei einer bestimmten Lage des Kopfes. Acta oto-laryngol. Bd. **7**, H. 3, S. 422—423. 1925.

Verff. haben früher einen Fall publiziert (vgl. dies. Zentrlbl. **40**, 77), bei welchem durch Halsdrehung Schwindelanfälle und Nystagmus bei der Patientin ausgelöst wurden. Bárány und Borries haben gegen die Schlußfolgerung, daß hier Halsreflexe im Spiele wären, Einwände erhoben. Verff. beweisen, daß diese Einwände nicht zutreffen, daß jedoch die durch die unvollständig wiedergegebene Krankengeschichte Anlaß zu diesem Mißverständnisse gegeben hat.
A. de Kleijn (Utrecht).°°

Rückenmark und Wirbelsäule:

Myelitis, Poliomyelitis, amyotrophische Lateralsklerose, spin. Muskelatrophie, spastische Spinalparalyse:

McEachern, John: Epidemic bulbar poliomyelitis. Report of six cases with one necropsy. (Epidemische bulbäre Poliomyelitis.) (*Dep. of pathol., univ. of Manitoba a. Winnepeg gen. hosp., Winnepeg.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **86**, Nr. 2, S. 90—92. 1926.

Im August 1924 trat in Winnipeg eine kleine Epidemie von Poliomyelitis auf, die sich durch konstantes Auftreten bulbärer Symptome ohne Befallensein der Extremitäten auszeichnete.

1. Ein 6jähriges Mädchen erkrankte am 18. VIII. mit Kopfschmerzen. Am 19. VIII. trat Erbrechen, Fieber, etwas Nackenstarre und eine Schlucklähmung hinzu. Nach 10 Tagen war das Kind völlig gesund. — 2. Ein 12jähriges Mädchen erkrankte am 2. VIII. mit Erbrechen, Kopfschmerzen, Fieber. Am 3. Tage stellte sich eine Schlucklähmung, Benommenheit und Hyperästhesie ein. Nach 10 Tagen Besserung, aber noch 1 Monat lang war das Schlucken erschwert. — 3. Ein 3jähriges Mädchen erkrankte am 8. VIII. mit Atemnot und Schlucklähmung. Mund und Rachen werden mit schaumigem Schleim erfüllt. 7000 Einheiten Diphtherieserum brachten keine Besserung. Es bestand allgemeine Hyperästhesie. Am 14. VIII. trat der Tod unter Krämpfen ein. — 4. Ein 6jähriges Mädchen litt seit einigen Tagen an Kopfschmerzen. Am 28. VIII. bestand hohes Fieber, Retentio urinae, Nackenstarre, starker Sekretabfluß aus der Nase. Am 30. VIII. schlaffe Lähmung des rechten Beines und rechtsseitige Ptosis. 10 Tage lang mußte das Kind katheterisiert werden. 6 Wochen später hatte sich der Zustand bis auf Lähmung einzelner Muskeln am rechten Bein gebessert. — 5. Ein 4jähriger Knabe war seit 1 Woche reizbar und schläfrig gewesen. Am 8. VIII. Schlucklähmung, linksseitige Facialislähmung, Abweichen der Zunge nach links, schaumiger Schleim in Nase und Rachen, linker Patellarreflex fehlend, aber keine Lähmung. Am 6. IX. Besserung bis auf Parese des Gaumens und Facialis. — 6. Ein 6jähriges Mädchen erkrankte mit Schnupfen, Schwindel, Erbrechen, Schluck- und Sprachlähmung. Der Mund war mit weißem Schaum gefüllt. Tod nach 3 Tagen. Es hatte keine Lähmung der Extremitäten bestanden. — Anatomisch fanden sich zahlreiche Herde im ganzen Nervensystem, von den Basalganglien bis zum Lendenmark herab, die meisten in der Brücke, Medulla oblongata und im Halsmark. Keine Herde in der Rinde des Groß- und Kleinhirns, im Thalamus, Nucleus caudatus und Putamen. Im Halsmark waren die Hinterhörner befallen, während die Vorderhörner fast verschont waren. *Campbell* (Dresden).

Estapé, José Maria: Die epidemische Neuro-axitis von Heine-Medin und die Sydenhamsche Chorea. Arch. latino-americ. de pediatria Bd. **19**, Nr. 10, S. 1166 bis 1169. 1925. (Spanisch.)

Die bei 3 Kindern von 7 Jahren gemachten Beobachtungen über die Sydenhamsche

Digitized by Google

Chorea ergaben folgende Besonderheiten: 1. Der akute Gelenkrheumatismus kam als Ursache nicht in Frage; 2. nur in einem der Fälle schien die Gemütserregung eine Rolle zu spielen; 3. erworbene oder hereditäre Syphilis schien nicht vorzuliegen; 4. eine erbliche Belastung konnte nicht festgestellt werden; 5. die Neuro-axitis von Economo kam nicht in Betracht; 6. die genannten 3 Erkrankungsfälle traten zur Zeit einer Epidemie der Heine-Medinschen Krankheit auf; 7. diese Epidemie ist charakterisiert durch das Auftreten typischer und anormaler Formen und befällt außerdem Kinder in gutem Ernährungszustand. Aus diesen Gründen kann man annehmen, daß die 3 Fälle von Sydenhamscher Chorea sporadische und atypische Äußerungen der Heine-Medinschen Krankheit sind. Alles spricht dafür, daß das Virus der H.-M.-Krankheit in der Ätiologie der S.-Chorea eine Rolle spielt, denn; 1. Das Virus der H.-M. und der Economoschen Krankheit sind biologisch nahe verwandt; 2. es steht fest, daß das Virus der E.-Krankheit die akute Chorea hervorrufen kann; folglich ist es logisch anzunehmen, daß dies auch das Virus der H.-M.-Krankheit kann; 3. beide Gifte vermögen irgendein neurologisches und vielleicht auch neuro-psychiatrisches Syndrom zu erzeugen, denn sie sind imstande, jede Stelle der Neuro-axe anzugreifen (Neuroaxitis epidemica von Heine-Medin und von Economo). *Ganter* (Wormditt).

Wöhrmann, W.: Über Poliomyelitis anterior acuta. (*Städt. Krankenh., Wiesbaden.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **259**, H. 2, S. 466—488. 1926.

Nach ausführlicher Besprechung der in der Literatur niedergelegten pathologisch-anatomischen Befunde bei akuter Poliomyelitis und der noch verbliebenen Streitfragen und Unklarheiten, teilt Verf. ausführlich den Befund von einem Fall mit, der eine 19jährige Patientin, deren Bruder an sehr leichtem Heine-Medin erkrankt war, betraf. Patientin selbst war nach einige Tage dauernden unbedeutenden Prodromen akut mit schlaffer Lähmung aller 4 Extremitäten erkrankt und 24 Stunden später gestorben. Die histologische Untersuchung ergab — in Bestätigung der Angaben Häuptlis — vor allem mit der Oxydasereaktion die Anwesenheit reichlicher Leukocyten sowohl in den diffusen Zellansammlungen der grauen Substanz wie in den perivasculären Infiltraten der weißen. Ferner finden sich reichliche Lymphocyten, aber noch keine Plasmazellen, sowie gewucherte Gliazellen, bemerkenswerter Weise auch bereits gliogene Körnchenzellen. Neuronophagien wurden trotz schwerer Ganglienzellveränderungen nicht nachgewiesen. Der Prozeß ist also ein exquisit entzündlicher, und nichts spricht für die Auffassung, daß die Ganglienzelldegeneration primär, die exsudativen Prozesse nur eine sekundäre Folge dieser seien. Auch die Ansicht von Harbitz und Scheel, nach der der Prozeß primär die weichen Häute befalle und erst von diesen aus das Rückenmark, findet in Verf.s Befund, bei dem die meningitischen Veränderungen sehr zurücktreten, keine Stütze. *F. Wohlwill* (Hamburg).

Tronconi, Sandro: Esiti di poliomielite e morbillo. (Verlauf der Poliomyelitis und Masern.) Riv. di clin. pediatr. Bd. **24**, H. 1, S. 58—59. 1926.

Verf. hat zwei frisch an Poliomyelitis erkrankte Kinder einer Maserninfektion ausgesetzt und ist geneigt, die aufgetretene Besserung der Lähmungen darauf zurückzuführen.
Zingerle (Graz).

Hatch, Edward S.: Muscle re-education in the early treatment of anterior poliomyelitis. (Muskel-Wiedererziehung in der Frühbehandlung der spinalen Kinderlähmung.) Southern med. journ. Bd. **19**, Nr. 2, S. 123—127. 1926.

Die Wiedererziehung der gelähmten Muskeln bei spinaler Kinderlähmung wird sehr oft falsch gehandhabt und häufig zu früh eingeleitet. Sie darf erst einsetzen, wenn Schmerz und Druckempfindlichkeit vollständig aufgehört haben. Vorher sind strengste Bettruhe und Rückenlage geboten. Die Muskelerziehung ist niemals den Eltern zu überlassen, sondern hat unter ständiger ärztlicher Aufsicht, möglichst täglich, zu erfolgen. Jede Überanstrengung der gelähmten Muskeln ist peinlichst zu vermeiden; auf Ermüdungserscheinungen ist sorgfältigst zu achten. Haben die Muskeln eine gewisse Kräftigung erlangt, so können auf der zweiten Übungsstufe Widerstände

Digitized by Google

eingeschaltet werden, um die Übungen schwieriger zu gestalten. Während der ersten Behandlungsmonate dürfen die Kranken überhaupt nicht umhergehen, bei Lähmung der Rücken- und Bauchmuskeln nicht einmal aufsitzen. Wird hiergegen verstoßen, so ist die unausbleibliche Folge eine Erschlaffung der Gelenkkapseln mit ihren Folgeerscheinungen (Überstreckung des Knies usw.). Auf der dritten Stufe werden Gehübungen gemacht, möglichst ohne Apparat, andernfalls mit einfachen und leichten Stützen. Die besten Erfolge werden bei älteren Kindern erzielt. Die geistige Einstellung letzterer gegenüber den Übungen ist natürlich von größter Wichtigkeit. Doch sollte auch bei unter 6 Jahre alten Kindern das Verfahren versucht werden. Die Muskelbehandlung ist über 2 Jahre durchzuführen! Bei Beachtung aller Vorschriften ist die Muskelerziehung das zur Zeit aussichtsreichste Heilverfahren. *Alfred Schreiber.*

Delherm et Laquerrière: Sur quelques points du traitement de la paralysie infantile. (Über einige Punkte der Behandlung der spinalen Kinderlähmung.) (*Congr. de l'assoc. franç. pour l'avancement des sciences., Grenoble, 29. VII. 1925.*) Journ. belge de radiol. Bd. **14**, H. 6, S. 398—408. 1925.

Die Prognose der spinalen Kinderlähmungen ist um so günstiger, je weniger isoliert das Virus auf die Vorderhörner gewirkt und je mehr es gleichzeitig die Meningen betroffen hat. Die Lähmungen können trotz kompletter EaR hochgradig zurückgehen. Mit der Prognosenstellung muß man daher sehr vorsichtig sein. Behandlung: 1. Medulläre Röntgenbehandlung (nach Bordier und Duhem); sie ist gefahrlos und kann einen zerstörenden Einfluß auf die Proliferation des Bindegewebes und somit auf die Neurolyse ausüben. 2. Diathermie, besonders bei Vorhandensein von vasomotorischen und trophischen Störungen; bei ganz kleinen Kindern ist sie kontraindiziert. 3. Der excito-motorische Voltastrom (galvanisch oder faradisch), welcher an allen Muskeln, die auf den Strom reagieren, anzuwenden ist; oft sehr gute Erfolge; monatelange Behandlung. 4. Ruhepausen, Überwachung des Allgemeinzustandes, Sonnenbäder, ultraviolette Strahlen, Solbäder, orthopädische Apparate, Operation usw. *Kurt Mendel.*

Bordier, H.: Le traitement de la paralysie infantile par la radiothérapie seule ou associée à la diathermie. Dix-neuf nouvelles observations. (Behandlung der Kinderlähmung mit Radiotherapie allein oder mit Röntgenstrahlen in Verbindung mit Diathermie. 19 neue Beobachtungen.) Presse méd. Jg. **33**, Nr. 48, S. 802—803. 1925.

Verf. weist auf seine Methode der Behandlung der akuten Polymyelitis der Kinder hin, die in einer Verbindung von Röntgenbestrahlung der Wirbelsäule, bzw. des Rückenmarks in seiner Brust- und Lendenanschwellung mit oder ohne Zuhilfenahme von Diathermieapplikation an den gelähmten Gliedern besteht. Wichtig ist die richtige Technik, die genau beschrieben wird. Auch andere französische und italienische Autoren berichten über glänzende Erfolge mit der Bordierschen Methode. Die Behandlung beginnt am besten 2—4 Wochen nach der fieberhaften Periode; aber auch Fälle, die später erst zur Behandlung kamen und vorher lange erfolglos mit konstantem Strom elektrisiert worden waren, zeigten noch weitgehende Besserung. Da bei richtiger Technik keine Gefahren bestehen, sollte die Methode auch bei uns in Deutschland versucht werden. *Roemheld* (Hornegg a. N.).

Laborderie, J.: Sur le traitement de la paralysie infantile par la radiothérapie et la diathermie. (Über die Behandlung der spinalen Kinderlähmung mit Radiotherapie und Diathermie.) Journ. des praticiens **Jg. 40, Nr. 4, S. 52—56. 1926.**

Röntgenstrahlen auf die lumbosakrale Wirbelsäule und Diathermie an den Extremitäten brachten in 2 Fällen von spinaler Kinderlähmung vorzüglichen Erfolg.

Kurt Mendel.

Multiple Sklerose, Syringomyelie:

Mikulski, Karol: Ein Fall von Syringomyelie infolge Arbeitsunfall. Nowiny psychjatr. Jg. **2**, H. 4, S. 295—298. 1925. (Polnisch.)

Cervico-dorsale Syringomyelie, deren erste manifeste Symptome im Radialisgebiet sich einstellten 3 Monate nach einer starken Erkältung, wie Verbleiben 3 Stunden im Schnee. (Der

Digitized by Google

ätiologische Zusammenhang ist allzu problematisch bei einem so oft latent verlaufenden Leiden, bei dem die ersten Symptome nicht unmittelbar nach der Erkältung auftreten und nicht an der exklusiven Abkühlungsstelle. Ref.) *Higier* (Warschau).

Moreali, G.: Siringomielia unilaterale con pseudoacromegalia. (Einseitige Syringomyelie mit Pseudoakromegalie.) (*Istit. di clin. med., univ., Modena.*) Riv. sperim. di freniatr., arch. ital. per le malatt. nerv. e ment. Bd. **46**, H. 2/3, S. 227—248. 1925.

Eine 42jährige, doppelseitig belastete Frau, die im 4. Lebensjahre eine Rückenverletzung erlitten hatte, zeigte im 11. Lebensjahre die ersten Erscheinungen des Leidens, das im ganzen weiteren Verlaufe nur einseitige Symptome machte und zwar dissoziierte Empfindungsstörungen im rechten Arm, an der rechten Kopf-, Hals- und Brusthälfte mit Störung der trophischen Funktionen (Veränderungen der Nägel, Haare und Haut) und der Schweißsekretion. Auffälligerweise fehlten fast alle Vorderhornsymptome und blieb auch die elektrische Erregbarkeit der Muskeln unverändert. Am Knochensysteme hatte sich neben einer hochgradigen Kyphoskoliose eine diffuse Hypertrophie sämtlicher Knochen der rechten oberen Extremität ausgebildet, welche an eine leichte Form von Akromegalie hätte denken lassen können. Bei der Entstehung dieses Falles von Syringomyelie spielt neben angeborenen Anomalien auch die kindliche Rückenverletzung eine auslösende Rolle und verweist Verf. dabei überhaupt auf die Bedeutung von Traumen in der Pathogenese der Syringomyelie. Die Einseitigkeit der Störung läßt sich nur durch die Annahme eines angeborenen Locus minoris resistentiae in der rechten Rückenmarkshälfte erklären. Durch welche Läsionen im Nervensystem die halbseitige Knochenhypertrophie zustande gekommen ist, ist unbestimmt und auch in ähnlichen Literaturfällen nicht klargelegt worden. *Zingerle* (Graz).

Guillain, Georges, Alajouanine et Huguenin: Hypertrophie localisée au membre supérieur atteint, dans un cas de syringomyélie. (Lokalisierte Armhypertrophie in einem Falle von Syringomyelie). (*Soc. de neurol., Paris, 5. XI. 1925.*) Rev. neurol. Jg. **32**, Bd. **2**, Nr. 6, S. 778—781. 1925.

Beschreibung eines Falles von Syringomyelie, bei dem in der rechten oberen Extremität dissoziierte Anästhesie sowie Hypertrophie nachweisbar waren; im Gegensatz zu einem früher vom Verf. beschriebenen Fall, bei dem nur die Muskulatur betroffen war, ist in diesem Fall Hypertrophie aller Weichteile, geringere auch der Knochen nachweisbar. Da die Hypertrophie schon im Alter von 10 Jahren begonnen hat, denkt Verf. daran, daß das Leiden ein kongenitales sei. *Otto Maas* (Berlin).

Ivanov, N.: Pseudo-strictura oesophagi bei Syringobulbie. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 332—335. 1925. (Russisch.)

Schluckstörungen kommen in 20—25% der Fälle von Syringobulbie vor, nach den Erfahrungen des Verf. finden sich Vagusstörungen bei Syringobulbie häufiger als Trigeminusstörungen. Die Schluckstörungen entwickeln sich gewöhnlich allmählich, zusammen mit anderen Symptomen, es gibt aber auch Fälle, in denen sie insultartig, mehr oder weniger isoliert, als einzige Beschwerde des Patienten auftreten und zunächst den Eindruck einer Oesophagusstriktur machen. Verf. bringt 2 Beispiele.

Bresowsky (Dorpat).

Giese, E., und W. Ossinskaja: Röntgenbehandlung der Syringomyelie. Vestnik rentgenologii i radiologii Bd. **3**, Nr. 6, S. 385—392. 1925. (Russisch.)

6 Fälle von Syringomyelie, deren Dauer etwa 2, 3, 4, 5, 7 und 13 Jahre anhält. Sämtlich gebessert nach tiefer Röntgenbehandlung, relativ am besten reagierten die alten Fälle. Ziemlich überzeugende Abbildungen des Rückganges der Sensibilitätsstörungen, Besserung auch in motorischer und trophischer Hinsicht. (Ref. hat einige Fälle in Erinnerung, wo nach systematischer Röntgenbehandlung trotz unverändertem objektivem Status schwere peinigende syringomyelische Parästhesien sich zurückbildeten.) Bei einem sonst der Therapie so schwer zugänglichen gliösen Proliferationsprozeß lohnt es sich jedenfalls, Röntgen zu versuchen.

Higier (Warschau).

Wirbelsäule:

Noble, Thomas P., and John M. Frawley: The Klippel-Feil syndrome. Numerical reduction of cervical vertebrae. (Über das Klippel-Feil-Syndrom. Reduktion der Zahl der Halswirbel.) Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 5, S. 728—734. 1925.

Klippel-Feil beschrieben 1912 ein bisher nicht beachtetes Syndrom: Reduktion der Zahl der Halswirbel. Dieses Syndrom findet sich häufiger als man allgemein annimmt, ist entweder angeboren oder durch Krankheit (Tuberkulose, Syphilis usw.)

Digitized by Google

bedingt und befällt in der Regel die obersten Halswirbel. Die charakteristischen klinischen Symptome sind kurzer Hals, Herabreichen des Haarbodens bis zum Rücken, leichter Torticollis. Außer diesen typischen Symptomen findet sich meist Hochlagerung des Schultergürtels, Behinderung der Kopfbewegungen, runder Rücken, mehr oder weniger ausgesprochener Scoliosis der Halswirbelsäule. Das Kinn ruht direkt auf dem Sternum und ist mangelhaft entwickelt. Öffnen des Mundes ist behindert, und die Zähne stehen in schräger Stellung. Oft finden sich andere angeborene Anomalien, wie Spina bifida, Halsrippe. Das Röntgenbild klärt die Diagnose leicht. Verf. beschreibt zwei einschlägige Fälle. *Gierlich* (Wiesbaden).

Léri, André: Lombalisation de la 1. vertèbre sacrée et glissement vertébral (spondylolisthésis); le syndrome de la lombalisation douloureuse. (Lumbalisation des 1. Sakralwirbels und Wirbelgleiten [Spondylolisthesis]; das Syndrom der schmerzhaften Lumbalisation.) Presse méd. Jg. **33**, Nr. 102, S. 1681—1684. 1925.

Die Lumbalisation des 1. Sakralwirbels, in verschiedenen Graden vorkommend, ist ein der Sakralisation des 5. Lumbalwirbels diametral entgegengesetzter Fehler der örtlichen Differenzierung der Wirbelsäule. Daß die bisher zu wenig beachtete Lumbalisation vielleicht sogar häufiger ist als die vielfach besprochene Sakralisation, ist natürlich, weil sie eine regressive Anomalie ist; die Sakralisation dagegen zählt zu den bekanntlich selteneren progressiven Anomalien. Viele als Sakralisation mitgeteilte Fälle sind wahrscheinlich Lumbalisationen, bei denen man versäumt hat, alle Lendenwirbel auf die Platte zu bringen und zu zählen. Daß die Sakralisation, ein Zuviel an Verknöcherung, durch Kompression von Nerven Schmerzen macht, ist verständlich. Man stellte daher die „schmerzhafte Sakralisation" als ein neues klinisches Syndrom der nur als anatomische Merkwürdigkeit bewerteten schmerzlosen Lumbalisation gegenüber, in der Meinung, die Lumbalisation, ein Zuwenig an Verknöcherung, könne keine Kompression und somit keine Schmerzen machen. Nachdem Léri die auch von ihm anfangs als „schmerzhafte Sakralisation" gedeutete Affektion bei einem jungen Mädchen durch weitere Röntgenaufnahmen als Lumbalisation erkannt hatte, konnte er in 2 Jahren etwa ein Dutzend Lumbalisationen nachweisen, die aber nicht alle schmerzhaft waren. Die Schmerzen entstehen dann, wenn die nicht miteinander verlöteten Knochenteile in falsche Stellungen geraten und gedrückt und gezerrt werden. Daher fehlt das bei der schmerzhaften Sakralisation gewöhnliche Ausstrahlen der Schmerzen entlang den Nervenbahnen. Wenn der zum 6. Lendenwirbel gewordene (besser hieße es wohl: der 6. Lendenwirbel bleibende! Ref.) 1. Sakralwirbel von vorn nach hinten keilförmig ist, bekommt er die Tendenz, nach vorn, ins Becken, zu rutschen, und es entsteht eine erste Stufe der Spondylolisthesis mit falschem Sakralpromontorium, was bisher wohl kaum bekannt geworden ist. Diese eben erwähnte leichtere Form der Spondylolisthesis ist zweifellos häufiger durch einen 6. als durch einen 5. Lendenwirbel verursacht. In einem Falle konnte die Schwangerschaft nur durch die Zange unter erheblicher Verletzung des Kindes beendigt werden. Abgesehen von den geburtshilflichen Folgen — bei nicht zu dicken und zu straffen Bauchdecken kann man bei tiefer Palpation dicht über der Symphyse die hart vorspringende Wirbelsäule erreichen — läßt ein charakteristisches Syndrom die Lumbalisation vermuten: der Rumpf zeigt dicht über dem Gesäß eine Einsenkung, die sich auch beim Bücken nicht ausgleicht; das Gesäß springt stark vor, eine Vertikale vom Innenrand der Schulterblätter geht trotzdem hinter dem Gesäß vorbei; die Distanz zwischen unterem Schulterblattwinkel und Darmbeinkamm ist verkürzt; der Leib ist etwas vorgetrieben; manche Kranke geben geradezu an, sie fühlten, daß die Wirbelsäule zu weit nach vorn gerutscht sei; der Gang ist meist normal, bisweilen etwas entenartig, die Schmerzen peinigen weniger durch ihre Heftigkeit als durch ihre Hartnäckigkeit, sie bessern sich nur im Liegen; besonders beim Abwärtssteigen werden sie stärker; bisweilen treten sie erstmals nach einem Trauma auf; wichtig ist das Fehlen eines Ausstrahlens der Schmerzen; neurologisch kein organischer Befund. Auf guten Röntgenbildern — nur solche sichern die

Digitized by Google

Diagnose — kann man die Keilform des 6. Lendenwirbels und die Schaukelstellung des Kreuzbeins erkennen. Die Lumbalisation kann auch symptomlos bleiben.

Es handelt sich doch wohl nicht um diametral entgegengesetzte Fehler, wie Léri meint, sondern nur um verschiedene Grade der Wirbelsäulenentwicklung: diese geht bei der Sakralisation weiter als bei der Mehrzahl der jetzigen Menschen, während sie bei der Lumbalisation nicht bis zu dem von der Menschheit bereits erreichten Stand gelangt; das Becken mit dem 6. (fehlerhafterweise noch nicht zum 1. Sakralwirbel gewordenen) Lendenwirbel ist der Statik des aufrechten Ganges nicht gewachsen, daher die Beschwerden usw. Ref. *Scharnke* (Marburg).

Elliott, George R.: A contribution to spinal osteoarthritis involving the cervical region. (Beitrag zur Osteoarthritis spinalis der Cervicalregion.) **Journ. of bone a. joint surg. Bd. 8, Nr. 1, S. 42—52. 1926.**

Es gibt eine Abart der Osteoarthritis, die sich ausschließlich auf die Halswirbelsäule, u. zw. mit Vorliebe auf deren unteren Teil beschränkt. Sie ist anatomisch, radiologisch, klinisch wohl charakterisiert. Die Zwischenwirbelscheiben verschwinden, die Wirbelkörper fallen vorwärts und werden — ihrer Puffer beraubt — leicht Gegenstand von Traumen. Das Wichtigste aber ist, daß auch der Knorpel der Gelenksfortsätze schwindet und es dadurch zur Bildung von verschiedenen Exostosen in den Foramina intervertebralia kommt, die außerdem durch das Näherrücken der Wirbelkörper verengt sind. Charakteristische Röntgenbilder sind in der Arbeit enthalten. Die klinischen Erscheinungen bestehen ausschließlich in Reizsymptomen der hinteren Wurzeln (meist C_4 bis C_8), Schmerzen in einem Teil des Nackens, Schulter, Außenseite des Armes resp. Radialseite des Vorderarmes, Daumen, Zeigefinger. Öfters auch subjektive Sensibilitätsstörungen. (Wir haben in ähnlichen Fällen doch auch objektive Sensibilitätsstörungen, Atrophien u. ä. gesehen. Ref.) Bei der Therapie empfiehlt Verf. vor allem vorsichtige Gymnastik, Massage und Suspension zur Hebung der Zirkulation. Die vorgenommenen chirurgischen Eingriffe billigt Verf. nicht. Wichtig ist die Beeinflussung des Stoffwechsels. Gute Wirkung heißer Bäder. Verf. betrachtet die Krankheit als sekundär-degenerativen Prozeß infolge Einwirkung eines unbekannten Toxins, wobei auch die häufigen kleinen Traumen eine Rolle spielen. *Josef Wilder* (Wien).

Valtancoli, G.: L'osteocondrite deformante giovanile vertebrale. (Cifosi dorsale giovanile di Scheuermann.) (Die deformierende, juvenile Osteochondritis der Wirbelsäule. [Kyphosis dorsalis juvenilis von Scheuermann.]) (*Clin. ortop., univ., Bologna.*) Rif. med. Jg. 41, Nr. 35, S. 823—827. 1925.

Die von Scheuermann zuerst beschriebene Erkrankung tritt in der Pubertät auf und befällt mehr das männliche als das weibliche Geschlecht. Es entwickelt sich in schleichendem Verlauf und im allgemeinen schmerzlos eine Kyphose der unteren, seltener der mitteren Brustwirbelsäule. Die Kyphose zeigt einen regelmäßigen Verlauf ohne Vorspringen von Wirbelfortsätzen. Das Allgemeinbefinden ist dabei gut, die Muskulatur normal entwickelt, die Beweglichkeit des Rumpfes — abgesehen von den kyphotischen Partien — frei und schmerzlos. Röntgenologisch findet sich bei Seitenaufnahme der Wirbelsäule zunächst eine Verbreiterung und Deformierung der Epiphysen mit folgender Unregelmäßikeit der Demarkationslinie, später keilförmige Deformierung der Wirbelkörper selbst. Dagegen fehlt regelmäßig Atrophie der Wirbel und Veränderung der Zwischenwirbelräume. — Die Diagnose — besonders gegenüber der Wirbeltuberkulose — ist unter Berücksichtigung des Verlaufs und des Röntgenogramms leicht. Im Interesse der Frühdiagnose und der sich anschließenden Behandlung empfiehlt Verf. in allen fraglichen Fällen die Röntgenaufnahme. *Jossmann.*

Corin, Jos.: Un cas de côte cervicale supplémentaire. (Fall von Halsrippe.) Ann. de la soc. méd.-chir. de Liége Jg. 59, Nov.-H., S. 111—113. 1925.

Krankendemonstration. 16jähriges Mädchen. Seit 2 Jahren im Anschluß an Grippe lanzinierende Schmerzen in den Armen, schnelles Ermüden besonders des rechten Armes, Kältegefühl der rechten Hand. Objektiv Cyanose beider Arme, rechts mehr als links, rechte Hand kalt, rechts kein Radial- oder Brachialpuls. Keine Störung der Hautempfindung. Am Röntgenbild beiderseitig lange, an der 1. Rippe inserierende Halsrippe. *Erna Ball* (Berlin).

Digitized by Google

Periphere Nerven:

Periphere Nervenlähmung, Neuritis, Herpes zoster, Nerventumoren:

Pollock, Lewis J.: Motor disturbances in peripheral nerve lesions. Muscles involved in partial lesions; order of restored motion. (Störungen der Motilität bei peripherischen Läsionen.) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 14, Nr. 5, S. 675—684. 1925.

Die Reihenfolge, in der die Beweglichkeit in die gelähmten Muskeln bei peripherischen Nervenläsionen zurückkehrt, und der Grad des Betroffenseins der einzelnen Muskeln bei partiellen Lähmungen der Nerven weisen eine große Konstanz auf, so daß wir jedem Nerven eine gewisse klinische Individualität zuschreiben müssen. Beim Ulnaris sind es die Muskeln des Hypothenar und die Interossei, die bei einer Läsion zuerst betroffen werden. Bei Wiederherstellung der Beweglichkeit ist der Flexor carpi ulnaris der erste, die kleinen Handmuskeln die letzten. Von letzteren erholt sich zuerst der Adductor pollicis. Bei Medianuslähmung ist der Flexor carpi radialis am seltensten betroffen, von den kleinen Handmuskeln der Opponens am häufigsten. Erholt hat sich zuerst immer der Flexor carpi radialis und Flexor pollicis longus. Bei kombinierten Medianus- und Ulnarislähmungen sind die Befunde verschieden. Bei Radialisläsionen sind die Extensoren des Handgelenkes oft gelähmt, wenn die Fingerstrecker nicht betroffen sind. Erholt haben sich zuerst die Strecker des Handgelenkes, dann die Daumen, zuletzt die Fingerstrecker. Die Streckung des Mittelfingers kehrte vor der des Zeigefingers wieder. Bei Ischiadicusläsionen zeigte der N. peronaeus eine größere Vulnerabilität als der Tibialis. Die Reihenfolge bei der Erholung war: Gastrocnemius, Tibialis post., Peronaei, Tibialis ant., Extensor digitorum longus, und endlich die Zehenbeuger. Bei Peronaeuslähmung war die Reihenfolge bei der Erholung: Tibialis ant., Peronaei, Extensor digitorum longus, Extensor hallucis proprius. *Toby Cohn* (Berlin).

Philips, Herman B., and Charles Rosenheck: Neuro-arthropathies of peripheral nerve injury origin. Report of two cases. (Neuroarthropathien infolge peripherischer Nervenschädigung. Bericht über 2 Fälle.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 86, Nr. 3, S. 169—172. 1926.

Nicht nur bei zentralen Nervenkrankheiten (Tabes und Syringomyelie), sondern auch bei peripherischen Nervenstörungen und bei bisher unbekannten Ursachen kommen ziemlich häufig Arthropathien vor. Diese Neuroarthropathien, bei denen Symptome von seiten des zentralen Nervensystems fehlen, sind noch zu wenig bekannt und geben daher oft Veranlassung zu unnötigen und erfolglosen Gelenkoperationen. Sie entstehen meist nach Traumen, gelegentlich auch bei internen Erkrankungen. Das Röntgenbild gibt eindeutige Auskunft, die Behandlung ist symptomatisch. Bei den beschriebenen Fällen war einmal ein Schultertrauma, einmal übermäßige Belastung der Schulter die Ursache; ein Fall war mit Tuberkulose kombiniert. Trotz der erheblichen Gelenkveränderungen scheint die Prognose hinsichtlich Arbeitsfähigkeit und Beschwerdefreiheit nicht schlecht zu sein. *Taterka* (Berlin).

Menestrina, Gino: Ulteriore contributo allo studio delle paralisi dissociate del-l'oculo-motore comune d'origine orbitaria. (Weiterer Beitrag zum Studium der dissoziierten Oculomotoriuslähmung orbitalen Ursprungs.) (*Clin. oculist., univ., Firenze.*) Boll. d'oculist. Jg. 4, Nr. 9, S. 613—620. 1925.

Von frühester Kindheit an bestehende Parese des Levator palpebrae, Rectus superior und Rectus inferior. Lokalisatorische Erwägungen führen Verf. zu dem Schluß, daß es sich entweder um eine Läsion der Muskeln selbst oder der periphersten orbitalen Teile des Oculomotorius handelt. Als ursächlicher Prozeß wird eine Schädigung durch das Ödem der Geburtsgeschwulst angenommen. *Hans Strauss* (Frankfurt a. M.).

Ghislanzoni, Carlo: Zoster del padiglione auricolare con paralisi del facciale e sindrome di Ramsay Hunt. (Herpes der Ohrmuschel mit Facialislähmung und Ramsay Huntschem Syndrom.) Osp. magg. (Milano) Jg. 14, Nr. 1, S. 3—5. 1926.

29jährige Frau hat zunächst linke Ohrschmerzen, kann 3 Tage später das linke Auge nicht schließen, der Mund ist nach rechts verzogen, sie hat leichten Schwindel.

Digitized by Google

Links Mydriasis. Linker Lippenwinkel steht tiefer. An linker Ohrmuschel Herpesbläschen. Leichte Hypästhesie und fast totale Ea.R. im linken Facialis, Trommelfelle getrübt. Schwabachscher Versuch links verkürzt. Perzeption von Stimmgabel auf ein Drittel herabgesetzt. Bei Stehen auf linkem Bein leichtes Schwanken. Babinski +. Großschlägiger Spontannystagmus beim Blick nach rechts. Cochleovestibuläre Untererregbarkeit. Das Huntsche Syndrom — Ohrherpes, Facialisparese, Störung des Ggl. geniculat. — bei dieser Patientin feststellbar, ist durch das Vorkommen sensibler, aus dem Wrisbergschen Nerven stammender Fasern erklärbar, die Vestibulär- und Hörstörungen durch Anastomosen des Facialis. Der zentral bedingte Herpes mit meningomedullärer Reaktion ist vom peripheren, ohne diese Reaktion verlaufenden, zu unterscheiden. *Kastan* (Hamburg).

Fuchs, Alfred: Die Behandlung der peripheren Facialislähmung. Wien. klin. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 9, S. 248—250 u. Nr. 10, S. 277—279. 1926.

Die otitische und besonders die rheumatische Form der peripheren Facialislähmung sind die häufigsten. Behandlung der peripheren Facialislähmung: 1. im Initialstadium: je nach der Ätiologie (basale luetische Meningitis, otitische Erkrankung, Tumor der Parotis), bei rheumatischer Facialislähmung Salicyl und Antineuralgica, feuchtwarme Einpakungen des Kopfes, Blutegel; Anodengalvanisation, Heftpflasterschutzverband gegen den Lagophthalmus. 2. Lähmungsbehandlung: Elektrotherapie (Galvanisation mit Unterbrecher, später — bei Wiederkehr der faradischen Erregbarkeit — Faradisation), passive Bewegungen, Massage, Vibrationsmassage, Mechanotherapie (Übertragung aller Bewegungen, welche die gesunde Gesichtshälfte aktiv ausführt, auf die gelähmte Seite durch einen Apparat (vgl. dies. Zentrlbl. **40**, 455). 3. Bekämpfung der Contractur: Apparatotherapie wirkt prophylaktisch gegen die Entwicklung der Contractur oder Mitbewegungen. Beim Versagen aller Mittel chirurgische Behandlung. *Kurt Mendel.*

Feldmann, P.: Ein Fall von einseitiger Läsion der 4 letzten Hirnnerven. Sovremennaja psichonevrologija Jg. **1**, Nr. 3/4, S. 113—120. 1925. (Russisch.)

46jähriger Arbeiter erkrankte vor 14 Monaten mit zunehmender Ungeschicklichkeit der Zunge, besonders beim Essen, und mit Schmerzen in der linken Kopfhälfte, nach vorübergehender Besserung weiteres Fortschreiten der Krankheit. Status praesens: 1. bis 8. Hirnnerven ohne Befund; Augenhintergrund normal; Würg- und Gaumenreflex links schwach; Reizung des Kehlkopfes links ruft keinen Husten hervor; die Sensibilität (Berührung und Schmerz) im Pharynx und Larynx ist links herabgesetzt; Parese des linken Gaumensegels; Schluckstörung, offenbar durch Parese des M. constrictor pharyngis superior verursacht; Lähmung der linken oberen Schlundhälfte; Heiserkeit infolge von Lähmung des linken Stimmbandes und Aryknorpels (Medianstellung); Pulsbeschleunigung und Atembeschwerden; Parese und starke Atrophie des linken Mm. sterno-cleido-mastoideus und trapezius; Parese und starke Atrophie der linken Zungenhälfte. WaR. in Blut und Liquor negativ. Herabsetzung der galvanischen und faradischen Erregbarkeit in der Zunge, dem M. sterno-cleido mastoideus und Trapezius links. Druckschmerz bei Druck auf den linken N. occipitalis major, ebenso auf eine $1^1/_2$—2 Fingerbreit vom 2. bis 3. Halswirbel links entfernte Stelle. Röntgenologisch kein Befund. — Verf. nimmt einen extrabulbären, intracraniellen, meningealen Prozeß in der hinteren Schädelgrube links an, schließt Tumor und Lues aus und hält einen tuberkulösen Prozeß für das wahrscheinlichste. *Bresowsky* (Dorpat).

Rebattu, J., et R. Bertoin: Syndrome des quatre derniers nerfs craniens (syndrome de Collet) par fracture de l'occipital. (Syndrom der vier letzten Hirnnerven [Collet] nach Hinterhauptsfraktur.) Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Bd. **44**, Nr. 10, S. 1013—1022. 1925.

Als Folge einer Schädelbasisfraktur, deren Linie vom hinteren Rande des For. occipit. magn. mach dessen Vorderrand lief und das For. jugulare mit umfaßte, ergab sich das seltene Bild einer isolierten Läsion der Nn. 9—12 (Colletsches Syndrom). Als direkte Ursache der Nervenschädigung ließ die Sektion ein die Nerven komprimierendes, zwischen Dura und Knochen gebildetes Hämatom erkennen. *Bluhm* (Berlin).

Spick, Albert, et Roger Villière: Deux cas de paralysies laryngées associées complexes consécutives à des blessures par balle. (2 Fälle von Kehlkopflähmung nach

Digitized by Google

Verletzung durch Kugel.) (*Hôp. milit. de campagne, Casablanca.*) Arch. internat. de laryngol., otol.-rhinol. et broncho-oesophagoscopie Bd. 5, Nr. 2, S. 169—172. 1926.

Fall 1: Lähmung der 4 letzten Hirnnervenpaare und des Sympathicus durch Kugel gegen die rechte Gesichtsseite und gegen den Nacken. Fall 2: Verletzung in der Regio cygomatica mit Läsion des N. lingualis und Folge der Kugelextraktion in Form von Läsion des Hypoglossus und Vagus mit seinem Ast für den N. laryngeus superior. *Kurt Mendel.*

Caeiro, José A.: Spätresultate der Naht des Nervus ulnaris und medianus. Semana méd. Jg. 32, Nr. 35, S. 495—497. 1925. (Spanisch.)

Für eine möglichst gute Regeneration nach Naht der Nervi ulnaris und medianus sind folgende Punkte zu beachten: 1. tadellose Asepsis; 2. sorgfältigste Blutstillung, insbesondere zwischen den beiden Nervenenden; kleines Ableitungsrohr für die ersten 24 Std.; 3. glatte Anfrischung der beiden Stümpfe, am besten mit einer Gilette-Rasierklinge, die infolge ihrer Schärfe einen gleichmäßig guten Schnitt gewährleistet; genaue Anpassung der Nervenenden und Verwendung von Seide mit feinsten Gefäßnadeln unter Durchstechen auch der Nervenfasern selbst, da das Perineurium allein nicht genügend Halt gibt; 4. völlig ruhigstellenden Verband für mindestens 8 Tage unter Entspannung des Nerven zur Vermeidung der Retraktion. — Zwei Krankengeschichten von Verletzungen der Nervi ulnaris und medianus am Vorderarm. Naht und ausgezeichnetes Spätresultat mit völliger Funktion. *Joh. Volkmann* (Halle a. d. S.).

Reinhold: Polyneuritis nach Wunddiphtherie. (*Städt. Krankenh. I, Hannover.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 50, S. 2064—2065. 1925.

Zwei Fälle von Polyneuritis nach Wunddiphtherie werden mitgeteilt. Im allgemeinen treten Lähmungen und Herzschädigungen nach Wunddiphtherie seltener auf als nach Rachendiphtherie, was wohl auf das geringe Resorptionsvermögen des Granulationsgewebes zurückzuführen sein dürfte. Gaumenlähmungen können auch bei extrapharyngealer Diphtherie auftreten, und zwar als Frühsymptom; ihr Vorkommen ist also nicht ausschließlich an den Sitz des Infektionsherdes im Halse gebunden. Man muß also eine elektive Wirkung des Diphtheriegiftes annehmen. Bei postdiphtherischen Lähmnngen empfiehlt sich die Strychninbehandlung, die evtl. auch die Herztätigkeit reguliert. *Kurt Mendel.*

Navarro, Juan Carlos: Periphere Pseudotabes unbekannter Ätiologie. (Polyneuritis.) Semana méd. Jg. 32, Nr. 44, S. 1090—1093. 1925. (Spanisch.)

1. 6jähriges Mädchen erkrankt an allmählich zunehmender Gehstörung, erschwerter Sprache, Kopfschmerzen. Kein Fieber. Keine Lähmung oder Atrophie. Bewegungen aller Extremitäten langsam. Ergreifen von Gegenständen und Bringen der Nahrung zum Munde unmöglich. Unfähigkeit zu gehen, obgleich die Füße langsam von der Erde abgehoben werden können. Muskulatur druckschmerzhaft. Sehnenreflexe an den Beinen etwas erhöht. Sonst alles ohne Befund. Allmähliche Besserung bis zu völliger Heilung in mehreren Monaten ohne jede medikamentöse Behandlung. — 2. 11jähriges Mädchen erleidet an einem Tage einen heftigen Schreck; an demselben Tage mäßiges Fieber und Gehstörung, die sich in 2 Tagen zu vollständiger Gehunfähigkeit steigert. Unvollständige Paraplegie der Beine: leichte Kniebeugung möglich. In den Armen alle Bewegungen möglich, aber langsam und mit abgeschwächter Kraft. Patientin kann nicht gehen, ebensowenig vermag sie sich im Stehen oder Sitzen aufrecht zu erhalten. Sämtliche Reflexe an den Beinen fehlen. Verlauf wie im 1. Falle.

Verf. erörtert die Differentialdiagnose gegen Poliomyelitis und entscheidet sich für Annahme einer Polyneuritis. Eine Ursache konnte in beiden Fällen nicht gefunden werden. *Reich* (Breslau).

Schultze, Friedrich: Nachtrag zu meiner Mitteilung über „akute disseminierte Hauthyperalgesie" im 87. Band dieser Zeitschrift. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 89, H. 4/6, S. 304—305. 1926.

O. B. Meyer (Würzburg) hat bereits auf die Erkrankungsform der sensiblen Polyneuritis aufmerksam gemacht. In seinem wie im eigenen Falle des Verf. (vgl. dies. Zentrlbl. 42, 675) fehlten die gewöhnlich für die Entstehung einer Polyneuritis verantwortlich gemachten Ursachen, wie vor allem Alkohol, Nicotin, Diabetes, Gicht. Vor allem aber hatten sich die Krankheitserscheinungen nicht wie bei der gewöhnlichen Polyneuritis zugleich an den distalen Teilen der Gliedmaßen entwickelt, sondern sie entstanden nacheinander in springender Weise am Kopfe, Rumpfe und auch mehr proximal an den Gliedern. Daher die Bezeichnung „disseminierte Hyperalgesie". *Kurt Mendel.*

Digitized by Google

Artom, Mario, e Piero Fornara: Sopra alcune questioni relative all'eziologia dello zoster. (Considerazioni cliniche.) (Über einige Fragen bezüglich der Ätiologie des Zoster. Klinische Betrachtungen.) (*Osp. civ. e osp. infant. „Cesare Arrigo", Alessandria.*) Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 38, S. 1309—1315. 1925.

Als einzige feststehende Tatsache ist die pathologisch-anatomische Abhängigkeit des Zoster von einer entzündlichen Veränderung des Cerebrospinalganglions und der hinteren Wurzeln anzusehen. Gibt es einen essentiellen (idiopathischen) Zoster, der auf einen spezifischen infektiösen Erreger zurückzuführen ist? Kann man neben diesen idiopathischen Zoster einen symptomatischen Zoster stellen, der durch die Einwirkung anderer Erreger zustande kommt? Verf. geht dann auf den Zusammenhang zwischen Zoster und Varicellen ein. Zwei Knaben, die dieselbe Klasse in derselben Schule besuchen und nebeneinander sitzen, erkranken gleichzeitig typisch an Herpes zoster des unteren Astes des Trigeminus, ohne daß vorher oder nachher ein Schüler Varicellen gehabt hätte: es gibt also einen kontagiösen nicht varicellösen Zoster. Es gibt andererseits einen Herpes zoster varicellosus; es gibt aber bis jetzt keine sichere experimentelle Methode, um dieses Zostervirus kenntlich zu machen. Herpes febrilis und H. zoster sind nach der Klinik nicht als identisch anzusprechen. Es bestehen nur morphologische und pathologische Ähnlichkeiten der cutanen Efflorescenzen. Es gibt keine sicheren Argumente, die es gestatten, mit Sicherheit die Existenz des Zoster essentialis zuzugeben; wenn er existiert, so ist dessen Virus aber vollständig unbekannt und hat nichts zu tun mit dem Varicellen- oder Herpes-febrilis-Virus. Verf. geht dann auf den symptomatischen Zoster ein. Zoster bei Encephalitis; es handelt sich teils um zufälliges Zusammentreffen, teils um Zusammengehörigkeit. Hängt der Zoster in diesem Falle von der Lokalisation des Virus der in Frage stehenden toxisch-infektiösen Krankheit im Ganglion ab? Tun die verschiedenen im Ganglion sich festsetzenden Vira nichts anderes, als eine günstige Bedingung schaffen für das Wachstum des zonatogenen Virus? Traumatischer Zoster: das Trauma kann von sich aus die Ursache sein für den Zoster, oder das Trauma fixiert den spezifischen Zostererreger in den verletzten Ganglien. Beziehungen zwischen Zoster und Lues, Zoster und Tuberkulose. Der Zoster ist anatomisch eine Läsion des Ganglion spinale und durch die anatomischen Beziehungen dieses zu den Meningen ist es nur logisch, daß bei dem Zoster eine meningeale Reaktion besteht. *E. Paschen* (Hamburg).

Davidson, Anstruther: The etiology of herpes zoster. (Die Ätiologie des Herpes zoster.) Urol. a. cut. review Bd. **29**, Nr. 11, S. 658. 1925.

Die Ursache des Herpes zoster ist noch unbekannt. Verf. nimmt an, es handle sich beim Herpes zoster um eine Entzündung der hinteren Wurzeln. Er weist auf Beziehungen zwischen Herpes und Tuberkulose, Varicellen, Poliomyelitis und Encephalitis (Levaditi) hin. In einem Falle von Herpes des Gesichts, den Verf. beobachtete, bestand gleichzeitig Lähmung des VI. Hirnnerven. Erkrankung an Herpes zoster macht nicht gegen die genannten verwandten Krankheiten immun. Herpes zoster kommt viel häufiger bei Männern (75%) als bei Frauen vor. *Sittig* (Prag).

Lepp, F.: Zur Ätiologie des Herpes zoster und dessen Beziehungen zu den Windpocken. Eesti Arst Jg. **5**, Nr. 1, S. 1—4. 1926. (Estnisch.)

59jährige, an chronischer lymphoider Leukämie leidende Frau erkrankt an Herpes zoster necroticus im Bereiche des 2., 3., 4. und 5. Thorakalsegments links. 3 Tage später erkrankt Patientin an einem über den ganzen Körper verbreiteten Exanthem, das sich als Varicella erweist und nach 2 Nachschüben, wie auch der Herpes zoster, ausheilt, wobei die Herpeseruptionen Narben hinterlassen. Überimpfversuche von Varicellabläscheninhalt auf Kaninchen (Hornhaut) waren erfolglos. Aus Literaturangaben wie auch aus seinem Falle folgert der Verf., daß das Virus des Herpes zoster und das der Windpocken identisch sein könnten. *Bresowsky.*

Adie, W. J.: Herpes zoster in spontaneous subarachnoid haemorrhage. (Herpes zoster bei spontaner Subarachnoidalblutung.) (*Charing cross hosp., London.*) Lancet Bd. **210**, Nr. 3, S. 124. 1926.

Fall 1. 42jährige ♀ wird bewußtlos, fiebert, zeigt Nackensteifigkeit, Kernig, Stauungspapille und frische Netzhautblutungen. Liquor bluthaltig, steht unter hohem Druck. Am

Digitized by Google

4. Tage der Erkrankung bildet sich ein Herpes zoster im Bereiche des 4. und 5. Cervicalsegmentes links. Im weiteren Verlaufe Besserung des somatischen Befundes bei ausgesprochenem Korsakowschen Syndrom; nach einigen Wochen plötzlicher Exitus. Keine Autopsie. — Fall 2. 37jähriger ♂ erkrankt mit Kopfschmerzen, Bewußtseinstrübung und meningitischen Erscheinungen. Liquor xanthochrom, WaR. negativ. Am 3. Tage der Erkrankung zeigt sich ein Herpes zoster im Bereiche des 4. Cervicalsegmentes rechts. Am 8. Tage Exitus. Autopsie: Ausgedehnte subarachnoidale Blutung, von einem geplatzten Aneurysma der linken Art. cerebri media herrührend. — Verf. führt die Herpeseruption in beiden Fällen auf Reizung von Spinalganglien durch die Blutung zurück. *Taterka* (Berlin).

Busquet et Esquier: Un cas d'achromie zostériforme. (Ein Fall von zosteriformer Achromie.) Arch. de méd. et pharm. navales Bd. **115**, Nr. 4, S. 325—326. 1925.

Patient hatte früher Malaria. Er leidet jetzt an zosteriformen weißen Flecken von 1 bis 2 Francstückgröße an der hinteren Brustseite (Epigastrium und 6. sowie 7. Intercostalraum). Diese Flecken ruhen auf einem Grund von leichter Melanodermie, sie sind begleitet von follikulärer Keratose. Die Achromie (Pigmentmangel) wird auf die frühere Malaria zurückgeführt. *Kurt Mendel.*

Maderna, Candido: Herpes zoster e varicella. L'autoemoterapia nello zoster. (Herpes zoster und Varicella. Autohemotherapie bei Zoster.) (*Clin. dermosifilopat., univ., Napoli.*) Rif. med. Jg. **41**, Nr. 49, S. 1160—1163. 1925.

Die Arbeit ist in 2 Kapitel geteilt. Im ersten diskutiert Verf. die angebliche ätiologische Identität zwischen den zwei im Titel genannten Erkrankungen. Anschließend referiert Verf. einen, in der eigenen Familie vorgefallenen Fall von Varicella, bei einem Kind, das mit drei an Herpes leidenden Personen in Kontakt gekommen war. Im 2. Teil der Arbeit beschreibt Verf. die zur Kur der drei Herpesleidenden angewandte Autoserotherapie. Verf. injizierte jeden 2. Tag 4—5 ccm von dem Patienten entnommenem Blute. Nach der ersten Einspritzung verstärkten sich die Herpesschmerzen für ca. $^1/_2$ Stunde, um dann sich zu lindern oder ganz zu sistieren; die Herpesbläschen schrumpften nach 2—3 Einspritzungen ein, und das Fieber sistierte gleichzeitig, so daß am 6. Tage die Kranken als geheilt angesehen werden konnten. *Enderle* (Rom).

Stoffwechsel und endokrine Drüsen:

Hypophyse, Epiphyse, Diabetes insipidus:

Kiyono, H.: Die Histopathologie der Hypophyse. (*Städt. Krankenh., Charlottenburg-Westend.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **259**, H. 2, S. 388—465. 1926.

In dieser Arbeit wird ein reichhaltiges Material zusammengetragen über die Veränderungen der verschiedenen Teile der Hypophyse bei verschiedenen Erkrankungen. Die Hypophysenkapsel fand sich bei allen Fällen von Hirnhautentzündung infolge Mittelohreiterung kleinzellig infiltriert im Sinne einer unmittelbaren Fortsetzung der Eiterung auf die Hypophyse. Der Hypophysenstiel zeigte in 8 Fällen (septische Infektion, Herz- und Aortenerkrankungen) isolierte umschriebene Nekrosen, ohne daß klinisch eine Hypofunktion der Hypophyse nachweisbar war. In einem Falle von lymphatischer Leukämie fand sich eine hochgradige lymphatische Infiltration im Stielteil. Circumscripte Nekrosen des Vorderlappens fanden sich in 3 Fällen von Herzerkrankung und in einem Falle von Mediastinaltumor. Bei einer Reihe von Infektionskrankheiten konnten in Übereinstimmung mit Plaut nicht regelmäßig positive Befunde im Vorderlappen erhoben werden. 3 Fälle von schwerer Arteriosklerose boten eine hochgradige Atrophie des Vorderlappens mit starker Vermehrung der basophilen Zellen. Hier ist klinisch nichts von Hypophysenstörung erwähnt. Auch in einem Falle, bei dem der größte Teil des Hypophysenvorderlappens durch ein Hauptzellenadenom zerstört war, waren klinisch keinerlei Hypophysensymptome auffällig. Bei einer 48jährigen Patientin, bei der mit dem Beginn der Reifejahre eine Akromegalie sich entwickelte, bei völligem Fehlen der Menstruation, zeigte sich eine um das Doppelte vergrößerte Hypophyse mit einer starken Vermehrung der eosinophilen Zellen im Vorderlappen. Dabei bestand ein Tumor des linken Ovariums (wahrscheinlich großzelliges Rundzellensarkom). Als Veränderungen der Pars intermedia werden die Kolloidcysten beschrieben, ferner ein Fall von multipler Blutdrüsensklerose mit schwerer Salzstoffwechselstörung, in welcher alle endokrinen Organe eine sklerotische Veränderung aufwiesen. Die Hypophyse zeigte eine große Kolloidcyste in der Pars intermedia, welche die Ver-

Digitized by Google

bindung vom Vorder- zum Hinterlappen völlig zerstörte. Bei 10 Fällen, zumeist septische und syphilitische Infektionen, fanden sich Lymphocytenanhäufungen in der Pars intermedia. Als Veränderungen im Hinterlappen werden die Neuroepithelanhäufungen, die basophilen Zellen und die Pigmente besonders besprochen. Neuroepithelanhäufung boten 7 Fälle verschiedenster Krankheiten; Totbeburten und Kinder bis zum Alter von 1—2 Jahren zeigten niemals derartige Zellanhäufungen. Die Untersuchung von 85 Fällen von verschiedenster Krankheit (zumeist erwachsene Individuen) auf das Vorkommen von basophilen Zellen und drüsigen Elementen und Pigment im Hinterlappen ergab folgendes: Die sog. Einwucherungszellen im Hinterlappen sind keine eigentlichen Einwucherungszellen aus dem Vorderlappen, sondern stammen von den Zellen der Intermediärzone ab. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Einwucherungszellen und Pigmentbildung besteht nicht, trotzdem gerade beide Prozesse mit dem Alter zunehmen. Das Pigment der Neurohypophyse ist trotz des häufiger nachweisbaren Eisengehaltes wahrscheinlich in der Hauptmasse ein proteinogenes Pigment und als Stoffwechselprodukt des Hinterlappens anzusprechen. Es liegt im Sekretstrom vom Vorderlappen zum Stiel. Die Pigmentbildung steht vielleicht mit anderen endokrinen Organen, besonders mit der Keimdrüse, im Zusammenhang (Hormonaltheorie). Schließlich wird noch die Frage der hypophysären Fettsucht an der Hand von 14 Fällen von Mammacarcinom diskutiert. In 4 von diesen Fällen zeigten sich Metastasen in der Hypophyse, in einem Falle bestand multiple Metastasenbildung in fast allen endokrinen Organen (dabei normales Fettpolster) und in einem weiteren Falle war außer der Hypophyse (schwere Schädigung des ganzen Vorder- und Hinterlappens) noch die Nebenniere metastatisch erkrankt. Unter den 14 Fällen zeigten 6 Fälle starke Fettsucht, darunter 2 Fälle ohne Carcinommetastasen im endokrinen System; die Befunderhebungen widersprechen der Annahme, daß die häufig bei Mammakrebs zu beobachtende Fettsucht auf Metastasenbildungen im endokrinen System zurückzuführen sei. *A. Jakob* (Hamburg).

Beer, G. R. de: Observations sur l'histologie de la glande pituitaire. (Beobachtungen über die Histologie der Hypophyse.) Bull. d'histol. Bd. **2**, Nr. 11, S. 343 bis 347. 1925.

Es werden hier kurz die bekannten Tatsachen vom histologischen Bau der Hypophyse bei verschiedenen Tieren besprochen. In der Pars anterior der Hypophyse des Stieres findet sich eine größere Partie, welche nur aus basophilen Zellen besteht. Bezüglich des Abflusses der Produkte der Pars intermedia glaubt Verf., daß hier die gefäßreiche Zwischenzone zwischen Pars intermedia und Pars nervosa eine große Rolle spielt. Die blutbildende Funktion der Hypophyse erscheint noch nicht erwiesen. *A. Jakob* (Hamburg).

Audan et Knentz: Diagnostic radiologique et traitement radiothérapique de quatre cas de syndromes cérébraux à allure hypophysaire. (Röntgendiagnose und Therapie von 4 Fällen von Gehirnerkrankung hypophysärer Natur.) (*Congr. de l'assoc. franç. pour l'avancement des sciences, Grenoble, 29. VII. 1925.*) Journ. belge de radiol. Bd. **14**, H. 6, S. 385—389. 1925.

4 Fälle, die den Satz stützen sollen: „Die Röntgenstrahlen sind zugleich Instrument zur Frühdiagnose wie zur Behandlung der Hypophysentumoren.“ Am günstigsten reagieren die Epitheliome, aber auch bei den Adenomen und Sarkomen soll man die Bestrahlung vornehmen, zumal die pathologisch.-anatom. Diagnose ja meist nicht gestellt werden kann. Die 4 Fälle, von denen 2 praktisch so gut wie erblindet waren, wurden sämtlich wesentlich gebessert, der Erfolg hat bis zu 4 Jahren Dauer angehalten. *H. Haenel* (Dresden).

Schilddrüse:

Berry, James: Some clinical aspects of simple goitre, with remarks on its causation. (Zur Klinik des einfachen Kropfes mit Bemerkungen über seine Verursachung.) (*Roy. free hosp., London.*) Lancet Bd. **210**, Nr. 6, S. 269—272. 1926.

Nach den Ausführungen Berrys stellt der einfache endemische Kropf keine Hypertrophie, sondern im wesentlichen eine Degeneration der Schilddrüse dar; es

Digitized by Google

liegt keine Hyper-, sondern eine Hypofunktion vor. Die Jodmangeltheorie ist nicht hinreichend begründet. Die kropferzeugende Noxe ist wenigstens in der großen Mehrzahl der Fälle im Trinkwasser enthalten. Die Kropfwässer führen meistens, wenn auch nicht zu jeder Jahreszeit, mineralische Bestandteile, und zwar vorwiegend Kalkverbindungen in unendlich feiner Suspension, und in diesen Beimengungen möchte der Autor die kropferzeugende Noxe vermuten. Organische Substanzen vermögen zwar beim Tier eine Hyperplasie der Schilddrüse hervorzurufen, ein Einfluß auf das Zustandekommen des endemischen Kropfes beim Menschen konnte aber nicht nachgewiesen werden. *Ed. Gamper* (Innsbruck).

Rush, Homer P., and L. T. Jones: Thyroid studies I. The distribution of goitre among indians; its bearing upon the etiology. (Über das Kropfvorkommen unter den Indianern und seine Ätiologie.) (*Dep. of physiol., univ. of Oregon med. school, Portland.*) Endocrinology Bd. 9, Nr. 5, S. 372—382. 1925.

Der Kropf kann bei allen nordamerikanischen Indianerstämmen in ziemlich gleicher Verteilungsdichte wie bei den Weißen vorgefunden werden. Eine gewisse Ausnahme ergibt sich bloß für die pazifische Nordwestregion, weil die Indianer dort durch den Lachsgenuß mehr Jod aufnehmen als die Weißen. Die Kropfigkeit scheint unter den Ureinwohnern Nordamerikas zuzunehmen und vorwiegend durch Mangel der ausreichenden Jodzufuhr und durch toxische Einflüsse noch unbekannter Natur bedingt zu sein. Dabei unterscheidet Autor einen einfachen Kropf, der entweder durch Jodmangel oder durch qualitative Änderung der Funktion der Thyreoidea angefacht wird. *Dexler* (Prag).

Michelson, G.: Zur Ätiologie der Beckschen Krankheit (Osteoarthritis endemica deformans) und des endemischen Kropfes. Moskovskij medicinskij žurnal Jg. 1925, Nr. 6, S. 75—79. 1925. (Russisch.)

Seit 1924 ist erneut ein epidemisches Auftreten der Beckschen Krankheit in Transbaikalien zu beobachten. Es erkranken mitunter 10%, stellenweise sogar 70% der Bevölkerung. Bereits 1856 lenkte Kaschin die Aufmerksamkeit auf eine Massengelenkerkankung unter der dortigen Kosakenbevölkerung. Ende vorigen Jahrhunderts wurde sie ausführlicher von Beck erforscht und beschrieben. Die Osteoarthritis deformans oder Becksche Krankheit ist dadurch gekennzeichnet, daß bei jugendlichen Personen von 8—13 Jahren allmählich die ersten Phalangealgelenke, dann die zweiten erkranken. Manchmal bleibt es dabei, manchmal schreitet sie fort, und es werden auch die großen Gelenke betroffen. Die Knochenepiphysen verdicken sich, es entstehen freie Gelenkkörper, und schließlich verwachsen die Knochenenden untereinander, so daß es zur Beschränkung der Beweglichkeit kommt. Haut und Unterhautsgewebe bleiben unverändert. 10% der Erkrankten bleiben im Wachstum zurück, nur der Brustkorb gelangt zur normalen Entwicklung. In 18% der Fälle bleiben die Fingerphalangen im Wachstum zurück, und es entsteht eine Bärenpfote. Wie gesagt, kann sie auch stillstehen, doch häufig schreitet sie während 8—10 Jahre immer fort. Sie befällt auch Personen jeglichen Alters, die in jene Gegend zugereist kommen. Häufig hört ihr Fortschreiten auf nach Verlassen der Gegend. Es besteht in Transbaikalien auch endemischer Kropf, auch Malaria und Magendarmerkrankungen. Die Ätiologie der Krankheit ist unklar. Beck war der Anschauung, daß die Krankheit mit dem Kropf zusammenhänge und wie auch der letztere durch Trinkwasserverunreinigung hervorgerufen werde. Bei 33% der Erkrankten bestand ein Kropf. Michelson meint, daß der endemische Kropf infektiösen Ursprungs ist, mit Lokalisation der Infektion im Darmkanal. Dadurch entsteht eine Veränderung der Schilddrüse. Es wird auch die Möglichkeit erwogen, ob nicht das Bacterium coli commune auch hier im Spiele ist. *M. Kroll* (Minsk).

Heid: Ein Beitrag zur Kropfbehandlung mit Jod bei Kindern. Münch. med. Wochenschr. Jg. 73, Nr. 7, S. 287—288. 1926.

Verf. konnte bei der Untersuchung von Schulkindern in 38 Schulen des Kreises Heppenheim feststellen, daß die Zahl der Kinder mit deutlich vergrößerter Schilddrüse im Durchschnitt 50%, an 3 Schulen sogar 100% beträgt, weiterhin, daß auch das 1. bis 4. Schuljahr schon erheblich (48%) daran beteiligt ist. Die Darreichung von Jod in Form von Dijodil-

Digitized by Google

kügelchen mit 0,003 Jod und Jodtropon-Kropftabletten mit 0,001 Jod in verschiedenen Abständen erwies einwandfrei, daß durch diese kleinen Joddosen sich der Halsumfang bei Kindern mit sichtbarer Schilddrüsenvergrößerung verkleinerte. Die Jodtroponkropftabletten wirken am stärksten, von ihnen genügt schon eine Tablette in der Woche (0,001 Jod), um den gleichen Erfolg zu erzielen wie zwei Dijodylkügelchen (0,006); die Ursache hierfür ist darin zu erblicken, daß die Jodtropontabletten leicht zerfallen, das Jod offenbar besser resorbiert wird als in den harten Kügelchen. Nach Verf. sollte in den Kropfgegenden den Kindern bereits zweimal im Jahre 2 Monate lang 0,001 Jod in Form der Jodtropontabletten verabreicht werden, am besten schon im vorschulpflichtigen, jedenfalls aber im schulpflichtigen Alter. *G. Stiefler* (Linz).

Lahey, Frank H., and Howard M. Clute: Persistent and recurrent hyperthyroidism. (Andauernder und rezidivierender Hyperthyreoidismus.) Ann. of surg. Bd. 83, Nr. 2, S. 199—205. 1926.

In der Lahey Clinic sind 48 Fälle von andauerndem oder rezidivierendem Hyperthyreoidismus zur Operation gekommen, von denen 29 an der genannten Klinik, 19 andernorts bereits früher operiert worden sind. Die Durchschnittszeit zwischen der ersten und zweiten Operation beträgt 4 Jahre, das längste Intervall 10, das kürzeste 1 Jahr. Die früheren Operationen waren verschiedenartig, so kam auch die Pol-Ligierung, verbunden mit Einspritzung von heißem Wasser, in Betracht; wurde Schilddrüsengewebe entfernt, so wurde meist zuwenig entfernt. Die jetzige Behandlung bestand in weiterer Entfernung von Schilddrüsengewebe als Hemithyreoidektomie oder fast gänzliche Thyreoidektomie. Nach letzterer zeigt Fortdauer der Anzeichen von Hyperthyreoidismus zusammen mit dem Fortbestehen einer metabolischen Ziffer über die Norm an, daß noch immer ein Stück überfunktionierender Drüse vorhanden ist, die Hyperthyreoidismus zu erzeugen vermag. Die Entfernung eines sehr großen Teiles dieses Restes wird in den meisten Fällen Heilung bringen. Die Lugolsche Lösung führte bei diesen Fällen, selbst durch viele Monate angewendet, zu keiner einzigen Heilung. Wichtig ist bei der neuerlichen Operation dieser Fälle die Lostrennung und Zurückziehung der Jugularvenen und der gemeinsamen Carotis von dem Schilddrüsenrückstand; denn es kann dann jede beliebige Menge von Schilddrüsengewebe aus dem Schilddrüsenrest entfernt werden. *G. Stiefler* (Linz).

Richter, Sölve: Bemerkungen über die Jodbehandlung des Morbus Basedowii. Svenska läkartidningen Jg. 22, Nr. 47, S. 1321—1326. 1925. (Schwedisch.)

Richter weist hier auf die Gefahren der Jodbehandlung bei der Struma und beim Morbus Basedowii hin, ohne zu raten, von vorsichtigen, stark kontrollierten Versuchen mit kleinen und selbst großen Dosen ganz Abstand zu nehmen. Vorübergehende wie dauernde Schädigungen und Erfolge sind ins Auge zu fassen und zu trennen. Bei spärlicher Einwirkung des Jods auf die Struma brauchen nicht immer sofort Erscheinungen des Morb. Basedow aufzutreten; oft bedarf es dazu erst einer noch besonderen Gelegenheitsursache. *S. Kalischer* (Berlin-Schlachtensee).

Richter, Sölve: Weitere Bemerkungen über Jodbehandlung des Morbus Basedowii. Svenska Läkartidningen Jg. 23, Nr. 7, S. 185—189. 1926. (Schwedisch.)

Richter weist darauf hin, daß nur die alten Methoden der Jodbehandlung bei dem Morbus Basedowii gefährlich sind. Jod kann bei gewöhnlicher Struma mitunter einen Basedow erzeugen. Jodbehandlung der Struma und des Basedow sollte nur unter strenger Kontrolle in einem Krankhenhaus vorgenommen werden und als Vorbereitung für ein operatives Vergehen. Eine vorherige kurze Jodbehandlung scheint die Operationsgefahr zu mindern. Für mittelschwere und schwere Fälle ist die Operation anzuraten. Bei der exophthalmischen Struma sind auch Liege-Ruhe-Kräftigungskuren vor der Operation anzuwenden. *S. Kalischer* (Schlachtensee-Berlin).

Savini, E., et S. Ackermann: Quelques essais de traitement diathermique dans le syndrome basedowien et la tachycardie paroxystique. (Einige Versuche mit Diathermiebehandlung bei Basedow und anfallsweiser Tachykardie.) Bull. de la soc. roumaine de neurol., psychiatrie, psychol. et endocrinol. Jg. 2, Nr. 2, S. 83—84. 1925.

Nach Bordier beeinflußt die Diathermie besonders die Tachykardie, dann auch die Struma und den Exophthalmus bei Basedow, während der Tremor bleibt.

Digitized by Google

Verff. berichten über 3 Fälle: 1. 19jähriges Mädchen mit Basedow. Dauerheilung (Puls fällt von 128 auf 72) nach 8 Sitzungen; 2. 26jähriger Kaufmann mit Basedow, gleichfalls Dauerheilung (Puls fällt von 120 auf 76) nach 8 Sitzungen; 3. 21jähriger Mann mit Basedow, Dauerheilung (Puls fällt von 130 auf 72) nach 15 Sitzungen. Tägliche Sitzungen, 4—5 hintereinander, dann Pausen von 14 Tagen. Indifferente Elektrode (16×12) auf den Nacken, die differente (kleinere, 9×4) auf die Schilddrüsengegend. Stromstärke bis 1000 M.A., Dauer der Sitzung 3—15 Minuten ansteigend. Auch bei paroxysmaler Tachykardie (2 Fälle, 5 Sitzungen von 3—5 Minuten Dauer) gute Erfolge mit Diathermie auf die Schilddrüsengegend. *Kurt Mendel.*

Klein, O.: Über Insulinbehandlung des Morbus Basedowii. (*Med. Univ.-Klin. R. Jaksch-Wartenhorst, Prag.*) Med. Klinik Jg. **22**, Nr. 7, S. 248. 1926.

Jaksch-Wartenhorst hat schon früher auf Erfolge mit der Insulinbehandlung des Basedow hingewiesen: Körpergewichtszunahme, Abnahme der Tachykardie, der Unruhe, gelegentlich auch Sinken des Grundumsatzes. Die günstige Wirkung findet sich nur bei einem Teil der Basedowfälle. *Erich Guttmann* (München).

Seulberger, P.: Postoperatives Myxödem nach Basedow. (*Chir. Univ.-Klin., Göttingen.*) Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **135**, H. 4, S. 624—630. 1926.

Ausgesprochener Basedow, dessen Erscheinungen sich nach beiderseitiger subtotaler Resektion und Unterbindung aller vier Arterien schnell zurückbildeten. Nach etwa 6 Wochen entwickelten sich die typischen Zeichen des Myxödems, und schließlich traten tetanische Erscheinungen auf. Thyreoidea-Therapie blieb ohne Erfolg. *Ed. Gamper* (Innsbruck).

Korchov, A.: Zur Diagnose und Behandlung des Myxödems. Vračebnoe delo Jg. **9**, Nr. 2, S. 110—114. 1926. (Russisch.)

47jähriger Lehrer. Väterlicherseits Tendenz zur Fettsucht, apoplektischer Habitus, digestiver Konstitutionstypus. Im 40. Lebensjahre wochenlang 38° und dreimal Bluthusten, die als Symptome einer latenten Lungenspitzentuberkulose diagnostiziert wurden. Nach 3monatiger Ruhe Besserung mit Verheilung des Lungenherdes und allmähliche Entwicklung eines typischen, langsam fortschreitenden, ziemlich schweren Myxödems mit Gewichtszunahme von etwa 44 kg. Nach etwa 6jähriger Krankheitsdauer wird bei endgültig festgestellter Diagnose eine energische Thyreoidinkur eingeleitet (anfangs 3 mal, später 1 mal täglich je 0,1) mit ausgezeichnetem, selten notiertem Endeffekt. Es schwanden die enorme Fettsucht, die chronischen Hautekzeme und Schleimhautefflorescenzen, die rauhe Stimme, die enorme Muskelschwäche, die Parotitishyperplasie, das abnorme Gewicht, die Herzerweiterung, die Gelenkschmerzen, die psychische Indolenz, die Bradypnoe (von 12 auf 24), die Bradycardie (von 50 auf 70) und die insuffiziente Diurese (von 750 auf 1750). *Higier* (Warschau).

Dye, Joseph A.: Comparable cell changes in central nervous system in cretinism, parathyroid tetany and fatigue. (Ähnliche Zellveränderungen im Zentralnervensystem bei Kretinismus, parathyreopriver Tetanie und Ermüdung.) (*Dep. of physiol. a. biochem., med. coll., Cornell univ., Ithaca.*) Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. **23**, Nr. 2, S. 119—121. 1925.

Verf. untersuchte Gehirne von thyreoidektomierten Tieren nach Nissl und fand Zellveränderungen, die sich aber als nicht spezifisch erwiesen. Die „Chromatolyse" fand sich auch bei Tetanie und bei Erschöpfungszuständen. Es handelt sich also um eine allgemeine Reaktion der Nervenzellen. *Erich Guttmann* (München).

Genitalorgane:

● **Zucker, Ralph: Die Ausbildung der Geschlechtscharaktere und ihre Beziehung zu den Keimdrüsen. Literarischer Beitrag mit vorwiegender Berücksichtigung seit 1920 erschienener Arbeiten.** (*Pathol. Inst., Univ. Freiburg i. B.*) Abh. a. d. Geb. d. Sexualforsch. Bd. **4**, H. 5, S. 1—84. 1925.

Die vorliegende Studie des mitten im Staatsexamen einem Unglücksfall zum Opfer gefallenen Verfassers ist von Aschoff herausgegeben worden. Obwohl sie sich, soweit ersichtlich, lediglich auf kritisches Literaturstudium stützt, ist Verf. doch zu durchaus selbständigem Urteil in dem schwierigen Fragenkomplex gekommen. Er beschäftigt sich zunächst mit dem Hermaphroditismus, lehnt die Keimdrüsentheorie desselben ab und verficht die Dysontogenese-Theorie. Im Anschluß an die Untersuchungen und Theorieen von Goldschmidt und Spemann ist er zu etwa folgender Theorie gekommen: In jedem Organismus sind beide Geschlechtsfaktoren wirksam,

Digitized by Google

die sexuellen Organisationskomplexe (Spemann) vermögen mit dem gleichen Bildungsmechanismus beide Geschlechtstypen zu differenzieren. Zwischen den geschlechtsbedingenden Faktoren bestehen nur quantitative, nicht qualitative Unterschiede. Bei dem Schmetterling Lymantria, auf die sich die Untersuchungen Goldschmidts beziehen, wirkt zuerst das weibliche Enzym, das in den Chromosomen wirksam angenommen wird, infolge höherer Konzentration stärker, später das männliche. Die beiden Kurven schneiden sich am „Drehpunkt". Dieser liegt beim Weibchen infolge des sehr langsamen Ansteigens der Wirksamkeit des männlichen Enzyms erst an einen Punkt, in dem die Sexualcharaktere bereits voll entwickelt sind. Beim männlichen Geschlecht überholt das männlichkeitsbestimmende Chromosom das weibchenbestimmende so rasch, daß ihm noch vor Entwicklungsabschluß Zeit zur vollen Auswirkung bleibt. Zwischen diesen beiden Polen stehen die „Intersexe". Geschlechtsumstimmend können demnach einmal Änderungen im Kräfteverhältnis der beiden Enzyme wirken, andererseits aber auch — bei gleichbleibendem „Drehpunkt" — Verzögerung oder Vorzeitigkeit des Abschlusses der Entwicklung. Beim Säuger spielen bei diesen Vorgängen hormonale Einflüsse mit, die jedoch keineswegs ausschließlich von der Keimdrüse ausgehen. Die zweite Hälfte der Schrift beschäftigt sich unter sorgfältiger Erwägung aller Argumente für die eine oder die andere Auffassung mit der Frage der Zwischenzellen der Keimdrüsen. Eine endgültige Entscheidung erscheint Verf. auf Grund der vorliegenden Erfahrungen noch nicht möglich. Er hält die Ansicht, die dem Zwischenzellgewebe nur trophische Funktionen zuschreibt, für zu eng und lehnt eine innersekretorische Funktion nicht völlig ab. Vor allem betont er, daß es sich bei ihm um ein „lagespezifisches" Gewebe handle, das zum spezifischen Keimdrüsenhormon einen integrierenden Anteil beisteure, und das mit andern ähnlichen Geweben, insbesondere mit dem reticuloendothelialen System und der ebenfalls wahrscheinlich mesothelialen Nebennierenrinde eine gemeinsame Gruppe bilde. — Allen, die auf einschlägigen Wissenschaftsgebieten tätig sind, wird die fleißige, wenn auch, wie Aschoff betont, nicht erschöpfende Zusammenstellung Zuckers wertvolle Dienste leisten.

Fr. Wohlwill (Hamburg).

Prichodjkova, E.: Untersuchungen zur Physiologie der Genitalhormone. Einfluß der Genitaldrüsenextrakte auf das sympathische Nervensystem. Vračebnoe delo Jg. **9**, Nr. 2, S. 133—136. 1926. (Russisch.)

2 Serien von Experimenten an Kaninchen, denen zugeführt wurden: a) in den peripheren Abschnitt der Art. carotis resp. b) in das obere sympathische Halsganglion wässerig-spirituöse eiweißfreie Extrakte aus den Geschlechtsdrüsen oder einzelnen Bestandteilen der letzteren. Geprüft wurden: Spermol (aus dem Hoden), Ovariin (aus dem Eierstock), Luteoglandol (aus dem Corpus luteum), Propiovarin (aus der interstitiellen Drüse des Ovariums). Bei der ersten Applikationsweise wird die Pupille stark verengt, am stärksten bei Ovariin und Propiovarin, schwächer bei Spermol, am schwächsten bei Folliculin. Unbeeinflußt wird die glatte Irismuskulatur vom Luteoglandol. Kontrollversuche mit elektrischer oder mechanischer Reizung des Halssympathicus stellten Erregbarkeitsherabsetzung desselben fest. Analog scheint die Wirkung bei der unmittelbaren Einwirkung auf das Ganglion cervicale supremum zu sein.

Hiqier (Warschau).

Popow, W. J.: Zur Frage über das Geschlechtshormon von Manoilow bei einigen endokrinen Erkrankungen. (*Akad. chir. Klin., milit.-med. Akad., Leningrad.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 50, S. 2139—2141. 1925.

Verf. überprüft unter der Führung von Manoilow selbst die von diesem angegebene Reaktion zur Geschlechtsbestimmung. Bei gesunden Männern des mittleren Lebensalters stimmt die Reaktion fast fehlerlos; die Reaktion muß hierbei auf Geschlechtshormone zurückgeführt werden. Kranke mit deutlicher endokriner Stigmatisierung, Basedow, Diabetes, Arteriosklerose u. a. ebenso wie schwer Kachektische und Greise geben einen schwankenden bis verkehrten Ausschlag. Als Ursache davon nimmt Verf.

Digitized by Google

Störungen in der Oxydation an, Basedowkranke Frauen geben alle das oxydationspositive männliche Resultat. Dies ist auch differentialdiagnostisch gegenüber den regelrechten Ausschlägen einfacher Strumen zu verwerten. Die Reaktion ist einfach, muß aber genau nach Vorschrift ausgeführt werden. Bei der leichten Zugänglichkeit der Originalarbeit von Popow wird bezüglich der Technik darauf verwiesen.

Tscherning (Berlin).

Lipschutz, Alexandre: Influence de l'âge du porteur sur la fonction endocrine de la greffe ovarienne. (Der Einfluß des Alters des Empfängers auf die endokrine Funktion des Ovarialtransplantats.) (*Inst. de physiol., univ., Dorpat.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 31, S. 1066—1068. 1925.

2 Meerschweinchenmännchen von 14 bzw. 24 Tagen wurden kastriert und ihnen Ovarium von Weibchen aus demselben Wurf intrarenal implantiert. Der weibliche hormonale Effekt trat erst nach einer Latenzzeit von 6 Wochen auf, während die Latenzzeit bei älteren Männchen (von 250 g an) nur etwa 2—3 Wochen beträgt. In einer anderen Versuchsreihe wurden Ovarien von denselben erwachsenen Weibchen parallel einerseits Männchen in der Periode der sexuellen Reife (84—96 Tage alt, 295—365 g schwer), andererseits jugendlichen Männchen (15—34 Tage alt, 75—160 g schwer) intrarenal implantiert. Alle Männchen waren vorher kastriert worden. Bei den älteren Männchen dauerte die Latenzzeit bis zum Eintritt des weiblichen hormonalen Effekts $2^1/_2$—$3^1/_2$ Wochen, bei den jugendlichen betrug sie $4^1/_2$—6 Wochen. Die Latenzzeit hängt also vom Alter des Empfängers ab; im jugendlichen männlichen Organismus findet weder das junge Ovarium (1. Versuchsreihe), noch auch das erwachsene Ovarium (2. Versuchsreihe) die Bedingungen, die nötig sind, um einen weiblichen hormonalen Effekt hervorzurufen. Während der hormonale Effekt eines jugendlichen Ovariums im erwachsenen Männchen früher eintritt, tritt derjenige des erwachsenen Ovariums im jugendlichen Männchen verspätet auf.

v. Voss (Dorpat).

Lipschutz, A., et H. Perli: Hermaphrodisme expérimental chez des mâles à testicule intact. (Experimenteller Hermaphroditismus bei Männchen mit intaktem Testikel.) (*Inst. de physiol., univ., Dorpat.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 31, S. 1068—1069. 1925.

16 Meerschweinchenmännchen wurden einseitig kastriert; der andere Hoden blieb intakt. 7—9 Tage später wurden sie intrarenal mit Ovarium implantiert; nachfolgende Beobachtungsdauer 13 Monate. Der weibliche hormonale Effekt trat bei 3 Männchen 22—23 Wochen nach der Transplantation auf; dann, 3 Monate später, noch bei 2 weiteren Männchen. Der intakte Hoden war normal. Es ergibt sich, daß der eine intakte Hoden in situ den weiblichen hormonalen Effekt nicht absolut hemmt, wohl aber die Latenzzeit außerordentlich stark verlängert; während diese beim kastrierten Männchen oder bei Männchen mit Hodenfragmenten oder mit kryptorchen Hoden nur 2—3 Wochen beträgt, dauert sie hier 22—35 Wochen.

v. Voss (Dorpat).

Klarmann, F.: Beitrag zur Kenntnis des Pseudohermaphroditismus masculinus bei Tieren unter Berücksichtigung der Frage der Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale. (*Pathol. Inst., vormal. tierärztl. Hochsch., Dresden.*) Zeitschr. f. Infektionskrankh., parasitäre Krankh. u. Hyg. d. Haustiere Bd. 28, H. 1, S. 59—71, H. 2, S. 150 bis 163 u. H. 3, S. 213—242. 1925.

Es werden drei Fälle von Pseudohermaphroditismus bei Tieren beschrieben. I. Fall: Ziege, äußere Genitalien ausgesprochen weiblich; peniforme Klitoris; kurze Vagina und etwas hypoplastischer Uterus bicornis ohne Tuben; außerden vorhanden Nebenhoden, Vasa deferentia, Samenblasen; Keimdrüsen: zwei hyperplastische, kryptorche Hoden; Spermatogenese fehlt vollkommen, die Auskleidung der Tubuli besteht aus einer einfachen Lage Sertolizellen; im Zwischengewebe sehr reichliche Leydigsche Zellen. Äußerer Habitus des Tieres männlich. II. Fall: Schwein, zwei wenig hypoplastische, kryptorche Hoden mit Nebenhoden; keine Spermatogenese, nur Sertolizellen, die stark verfettet sind; große Mengen äußerst gut entwickelter Leydigscher Zellen; äußeres Genitale weiblich, hypertrophische Klitoris, Vagina, gut entwickelter Uterus bicornis ohne Tuben. Äußerer Habitus eher weiblich, aber bespringt andere Tiere und hat einen sehr erheblichen Geschlechtsgeruch, wie er nur dem Eber anhaftet. III. Fall: Zicklein, zwei etwas hypoplastische Scrotalhoden, in den Tubuli zum Teil nur Sertolizellen, zum Teil auch Samenbildungszellen; Leydigsche Zellen ziemlich spärlich; Nebenhoden, blind endigende Vasa deferentia, Samenblasen und ein rudimentärer, undurchbohrter dislozierter Penis; außerdem eine kurze Vagina und ein stark hypoplastischer Uterus bicornis, dessen Hörner teilweise ins Scrotum verlagert wird. Im Anschluß an die Beschreibung seiner Fälle setzt sich Verf. mit den verschiedenen Theorien über die innersekretorischen Elemente des Hodens auseinander und kommt zum Schluß, daß die generativen Zellen dabei ausscheiden,

Digitized by Google

während „die Sertolizellen und Leydigschen Zellen, und zwar proportional ihrer Menge an der Ausbildung und Erhaltung der sekundären Geschlechtsmerkmale beteiligt sind." Die nähere Begründung muß im Original nachgelesen werden. *v. Voss* (Dorpat).

Hoepke, H., und Kj. v. Oettingen: Zur Frage des Pseudohermaphroditismus. (*Anat. Inst. u. Frauenklin., Univ. Heidelberg.*) Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 43, S. 2388 bis 2401. 1925.

Beschreibung eines der Fälle, die früher „Hermaphroditismus masculinus externus" genannt wurden; die Verff. bezeichnen ihren Fall als Hypospadia peniscrotalis mit Kryptorchismus und verspäteter Pubertät. Der Begriff Pseudohermaphroditismus sei überflüssig, der Begriff Hermaphroditismus bedürfe noch weiterer Klärung. *Otto Maas.*

Infantilismus, Nebennieren und Adrenalin, Addison:

Porak, René: La glande cortico-surrénale. I. Expériences de surrénalectomie et de destruction lente des surrénales. (Die Nebennierenrinde. I. Versuchsergebnisse bei Entfernung der Nebenniere und bei langsamer Zerstörung der Nebennieren.) Rev. franç. d'endocrinol. Jg. **3**, Nr. 2, S. 102—114. 1925.

Porak verwendet eine eigene Methodik. Er entfernt zunächst die leicht zugängliche linke Nebenniere, 15—30 Tage später höhlt er die rechte Nebenniere aus, indem er sie anreißt, die Zona retic. ausschabt und dann Fettsäuren in die Höhle einspritzt. Bei Anwendung dieser Technik wird das Nebennierensystem sehr langsam ausgeschaltet und dem Organismus Gelegenheit geboten, mit Ersatzbildungen zu antworten. Tatsächlich treten bei diesem Vorgehen keine glandäluren Insuffizienzerscheinungen auf, da inzwischen akzessorische Nebennieren eingreifen. Diese akzessorischen Drüsen werden, wie genaue Untersuchungen zeigten, durchaus von Rindenzellen gebildet, während chromophile Markzellen fehlen. Damit erscheint erwiesen, daß die lebenswichtige Notwendigkeit der Nebennieren ausschließlich im Rindensystem gelegen ist. Die leichten Störungen, die die nach der angegebenen Methode operierten Tiere aufweisen, sind nervös vegetativer Natur und sind zurückzuführen auf die Läsion, die das vegetative Nervensystem bei der operativen Beseitigung der Nebennieren erleidet. *E. Gamper.*

Castaldi, Luigi: Corticale surrenale e accrescimento somatico. Ricerche sperimentali in Cavia cobaya. (Nebennierenrinde und Körperwachstum. Experimentelle Untersuchungen bei Cavia cobaya.) (*Istit. anat., univ., Firenze.*) Arch. ital. di anat. e di embriol. Bd. **22**, H. 3, S. 297—368. 1925.

Die zahlreichen Versuche bestanden in Verfütterung eines vom Verf. selbst hergestellten Präparates aus der getrockneten und mit Kochsalz pulverisierten Rinde von Ochsennebennieren an Meerschweinchen sehr verschiedenen Alters. Der Verlauf der Experimente, die gemachten Beobachtungen, die verschiedensten Messungen sind sehr ausführlich geschildert und in Tabellen niedergelegt und können im einzelnen nicht angegeben werden; auch die Literatur ist weitgehend berücksichtigt. Als allgemeine Resultate ergaben sich, daß durch die Fütterung von Nebennierenrinde an junge Meerschweinchen die Größe und das Gewicht der Tiere eine Zunahme erfahren, die nicht nur von einer Veränderung der Muskelmasse und des Fettes abhängt, sondern auch durch eine Vergrößerung des Skelettes bedingt ist. Diese letztere wird verursacht durch eine intensivere und raschere enchondrale Osteogenese durch Proliferation des Epiphysenknorpels. Die periostale Ossification erscheint ebenfalls, aber in viel geringerem Grade betroffen. Wenn das Wachstum des Skelettes beendet ist oder die Fütterung erst bei schon erwachsenen Tieren beginnt, so wird trotzdem gegenüber den Kontrolltieren noch eine Zunahme des Gewichts erzielt, die aber das Körperfett und die Muskulatur betrifft. In allen Fällen wurde eine gewisse Hebung des Allgemeinzustandes der Tiere beobachtet, eine Verlängerung der Haare, Vermehrung des Hämoglobins und manchmal auch der Zahl der roten Blutkörperchen. Diese letzteren allgemeinen Bedingungen schreibt Verf. der entgiftenden Wirkung der Nebennierenrinde zu, sowie ihrem Gehalt an Cholestearin. Dagegen dürfen die Wirkungen auf das Skelett nicht darauf bezogen werden, noch auf die Wirkung von im Präparat in Spuren vorhandenem Adrenalin; daß hierbei Beziehungen zu andern endokrinen Drüsen mitspielen, hält Verf. noch nicht für bewiesen; er ist eher der Meinung, daß die von ihm beobachteten Erscheinungen auf den direkten Einfluß noch unbekannter Produkte der Rindenzellen zurückzuführen seien, auf ein in diesen Zellen geliefertes morphogenetisches Sekret. Er versucht, seine Ansicht durch eine Reihe von Parallelversuchen und chemischen Untersuchungen zu stützen bzw. die bisherigen Anschauungen zu widerlegen. Als praktisches Resultat ergibt sich für ihn, daß, wenngleich die morphogenetische Wirkung der Nebennierenrinde im ganzen geringer ist als bei der Thyreoidea, Hypophysis und vielleicht auch der Thymus diese trotzdem wegen ihres Hormongehaltes bei der Herstellung in der Therapie verwendeter phuriglandulärer Organpräparate mit verarbeitet werden sollte, aber nicht die ganze Drüse, sondern nur die Rinde allein, da das von der Marksubstanz sezernierte Adrenalin, auf die Dauer genommen, schädlich wirkt. *Hartmann* (München).

Digitized by Google

Fawcett, Edward, Geoffrey Hadfield and Percy Phillips: Suprarenal virilism. With an account of a case. (Nebennierenvirilismus.) (*Southmead hosp., Bristol.*) Bristol med.-chir. journ. Bd. **43**, Nr. 159, S. 20—28. 1926.

Fall von Hirsuitismus bei einer 70 Jahre alten Frau. An Stelle der Nebennieren wurde beiderseits eine Geschwulst von (wahrscheinlich) sarkomatöser Beschaffenheit gefunden, die Nebennierenrinde war hyperplastisch und diffus fettig infiltriert, die Klitoris hypertrophiert, Uterus, Ovarien und Vagina rudimentär, Prostata vergrößert, Hodengewebe war nicht zu finden. *Otto Maas* (Berlin).

Tournade, A., et M. Chabrol: Sur l'effet adrénalino-sécrétoire des excitations centrifuges du vague au cou. Examen d'une objection. (Über die Adrenalinsekretion bei Reizung des peripheren Halsvagus. Prüfung eines Einwandes.) (*Laborat. de physiol., fac. de méd., univ., Alger.*) Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **93**, Nr. 34, S. 1293 bis 1296. 1925.

Stellt man eine Anastomose des Blutkreislaufs zweier Hunde derart her, daß die Nebennierenvene des einen mit der V. jugularis des anderen verbunden wird, und reizt den Vagus des Hundes A, so erhält man beim 2. Hunde eine Steigerung des Blutdruckes, eine Bradykardie, Vasokonstriktion der denervierten Niere, eine Verkleinerung der Milz usw. Kurzum alle Zeichen, daß durch die Vagusreizung eine vermehrte Adrenalinsekretion ausgelöst worden ist, die sich durch die Anastomose beim 2. Tiere zeigt. Es wird ein von Stewart und Rogoff gemachter Einwand entkräftigt, daß der Effekt durch blutdrucksteigernde Substanzen vorgetäuscht wird, welche zum Zwecke der Verhinderung von Gerinnungen injiziert wurden. *Wachholder* (Breslau).

Tetanie und Spasmophilie:

Collip, J. B., and E. P. Clark: Further studies on the parathyroid hormone. II. (Weitere Studien über das Hormon der Nebenschilddrüse II.) (*Dep. of biochem., univ. of Alberta, Edmonton, Alberta.*) Journ. of biol. chem. Bd. **66**, Nr. 1, S. 133—137. 1925.

Es wird eine Methode zur Herstellung des aktiven Hormons der Nebenschilddrüse beschrieben. Dabei ergibt sich ein amorphes Pulver mit 15% Stickstoff, etwas Eisen und Schwefel, das in Wasser und Alkohol löslich ist, und betreffs dessen physiologischer Wirkung auf die früheren Arbeiten des Verf. verwiesen wird. (Vgl. dies. Zentralbl. **43**, 100). *Leyser* (Gießen).

Wersilov, W.: Pathologisch-anatomische Veränderungen im Zentralnervensystem nach Entfernung der Nebenschilddrüsen. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 227—232. 1925. (Russisch.)

Bei 10 Kaninchen wurden die Nebenschilddrüsen entfernt. Es resultierte das Bild entweder einer Bewegungsrigidität oder einer reinen Tetanie. Mikrospokisch waren in dem gesamten Nervensystem Veränderungen zu konstatieren, in den Fällen von Parkinsonismus besonders im Striatum. *M. Kroll* (Minsk).

Fisher, N. F., and E. Larson: Effects produced by extracts of parathyroid glands on normal and parathyroidectomized dogs. (Wirkungen von Epithelkörperchenextrakten auf normale und parathyroidektomierte Tiere.) (*Dep. of physiol. a. physiol. chem., coll. of med., univ. of Illinois, Chicago.*) Americ. journ. of physiol. Bd. **75**, Nr. 1, S. 93—106. 1925.

Durch verschiedene Methoden wurden Parathyroideaextrakte gewonnen, von denen die durch HCl-Extraktion hergestellten am wirksamsten waren. Diese Extrakte können bei niederer Temperatur unter Zusatz von 0,1% Tricresol ohne Verlust der Wirksamkeit durch 3 Monate konserviert werden. Sie vermehren sowohl bei normalen, als auch bei parathyroidektomierten Hunden die Menge des Ca, anorganischen P und Rest-N im Serum. Epithelkörperlose Hunde können mindestens 7 Monate bei Fleischdiät am Leben erhalten werden. Durch die Wirkung der Extrakte werden die akuten Anfälle milder und verschwinden ganz in 1—3 Wochen; nachher sind Injektionen des Extraktes, wenigstens durch 7 Monate, nicht notwendig. *E. Spiegel* (Wien).

Spadolini, Igino: Sulle condizioni fisiopatologiche che determinano la sindrome paratiroido-priva. Considerazioni critiche e ricerche sperimentali. (Über die physiopathologischen Bedingungen, die dem parathyreopriven Syndrom zugrunde liegen. — Kritische Betrachtungen und experimentelle Untersuchungen.) (*Istit. di fisiol., univ., Firenze.*) Arch. di fisiol. Bd. **23**, H. 3, S. 450—472. 1925.

Hinweisend auf seine früheren Arbeiten (vgl. dies. Zentrlbl. **42**, 542 u. 543) vertritt Spadolini die Auffassung, daß die Erscheinungen, die das parathyreoidektomierte

Digitized by Google

Tier kennzeichnen, zurückzuführen sind auf Schädigungen der Darmschleimhaut und auf qualitativ und quantitativ abnorme Resorptionsvorgänge. Die große symptomatologische Mannigfaltigkeit, wie sie für die Parathyreoidektomie ebenso wie für die Läsion der N. mesenterici charakteristisch ist, scheint bedingt durch die vielfachen Kombinationsmöglichkeiten, in welcher die schädigenden Faktoren wirksam werden können. Die Art der Ernährung, die Qualität der vorherrschenden Darmflora, der Grad der Schleimhautschädigung und der Darmpermeabilität, der mehr oder weniger rasche Zerfall der verschiedenen toxischen Substanzen spielen dabei eine Rolle. Nach dem Ergebnis neuerer Experimente des Autors kommen vor allem Stickstoffbasen und Amine in Betracht, die aus der Fäulnis des Darminhaltes stammen. Einen wesentlichen Beitrag an toxischen Substanzen liefert der nekrotische Zerfall der Darmschleimhaut. Unter den die Vergiftungserscheinungen bedingenden Stickstoffbasen möchte der Autor das Guanidin, das Indoläthylamin und das Thyramin für die Übererregbarkeit, das Cholin und Histamin für die Asthenie, die Depression und die Kachexie verantwortlich machen. Aus der Tatsache, daß die parathyreoide Insuffizienz gesetzmäßig mit Schädigungen der Darmschleimhaut einhergeht, folgert Sp., daß die Parathyreoidea den trophischen Zustand der Darmschleimhaut und damit die Verdauungs- und Resorptionsvorgänge reguliert. *Ed. Gamper* (Innsbruck).

Snell, Albert M.: Parathyroid extract in treatment of a case of tetany. (Parathyreoidea-Extrakt in der Behandlung eines Falles von Tetanie.) (*Div. of med., Mayo clin. a. Mayo found., Rochester.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 21, S. 1632—1633. 1925.

In einem Falle postoperativer Tetanie verabfolgte der Autor zunächst Calciumsalze, später das Präparat von Collips. Dabei zeigte sich, daß mit Calciumsalzen allein der normale Calciumspiegel im Blut nicht erreicht werden konnte; dies gelang aber auch nicht bei der alleinigen Verwendung des Parathyreoidea-Extraktes, wohl aber brachte die kombinierte Behandlung mit Calcium und dem Collipschen Präparate den Calciumspiegel auf normale Höhe und gleichzeitig verschwanden alle Symptome der Tetanie. *E. Gamper* (Innsbruck).

Gens, Joh^a. G. F. de: Tétanie et alcalose. (Tetanie und Alkalose.) Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris Jg. 23, Nr. 7, S. 371—374. 1925.

Durch intravenöse Injektion von Natriumbicarbonat ließ sich beim Hund keine Tetanie erzeugen. Auch das Phosphation hat keinen Einfluß auf die Hervorrufung tetanischer Symptome. Eine Verringerung des Blutcalciums unter 8 mg genügt, um eine Tetanie hervorzurufen, bei einer geringeren Verminderung bedarf es hierzu noch anderer Faktoren (auf entgegenstehende experimentelle Befunde geht Verf. in dem Vortragsbericht nicht ein). *Erich Guttmann.*

Rohmer, P., et P. Woringer: A propos de l'alcalose dans la spasmophilie. (Zur Frage der Alkalose bei der Spasmophilie.) Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris Jg. 23, Nr. 7, S. 367—371. 1925.

Aus dem kurzen Vortragsbericht seien nur die wichtigen Befunde wiedergegeben. Während Freudenberg und Györgi bei manifest spasmophilen Kindern im Urin folgende Werte fanden: p_H 7,15, NH_3 in 24 Stunden 75,28, fanden Foncin und Zehnter im Laboratorium der Verfasser p_H 5,8, NH_3 22,4. Die Heilung der Spasmophilie unter Ultraviolettbestrahlung ging nie mit einer Vermehrung der Säuren, nie mit einer Ausscheidung großer Phosphatmengen einher. Die Verfasser bestimmten bei 15 spasmophilen und 16 rachitischen Kindern die Alkalireserve. Entgegen den Befunden von Lesné war sie bei 11 Kindern herabgesetzt und zwar bei den sphasmophilen noch etwas mehr als bei den rachitischen, und nahm unter der Quarzlichtbestrahlung zu. Aus diesen Befunden läßt sich, wie den Verfassern selbst bekannt ist, so lange kein Schluß ziehen, als nicht gleichzeitig die Wasserstoffionenkonzentration bestimmt ist. *Erich Guttmann* (München).

De Lorenzi, F.: Vaccino-latto-precipitine nel siero di sangue degli spasmofilici. (Kuhmilchpräcipitine im Blutserum der Spasmophilen.) (*Milano, 22.—25. X. 1924.*) Atti del 11. congr. pediatr. ital. S. 538—541. 1925.

Ausgehend von der Beobachtung, daß Spasmophilie häufig in Verbindung mit unzweckmäßiger Kuhmilchernährung vorkommt, hat Verf. nach einer biologischen Reaktion im Blutserum mit Kuhmilch genährter spasmophiler Rinder gesucht. — Er setzte Röhrchen mit frischer

Digitized by Google

und gekochter Kuhmilch, und mit Frauenmilch nach Verdünnung mit destill. Wasser einen Tropfen Blutserum von spasmophilen Rindern oder von brustgenährten Kindern zu und beobachtete im Thermostaten bei 37°. Die Röhrchen mit Serum von Brustkindern blieben unverändert, wie einfach verdünnte Milch. Dagegen führte die Zuführung von Serum spasmophiler Kinder — aber nur in den Röhrchen mit verdünnter roher Kuhmilch — zu einer Flockung, welche sich am Boden allmählich zu einer dichteren Schicht sammelte und in Serum und Alkalien nicht löslich war. Diese Flockung besteht aus einer gekörnten, mit Methylenblau färbbaren Eiweißsubstanz. Verf. sieht in dieser biologischen Reaktion eine Bestätigung seiner Annahme über die Beziehungen der Proteinsubstanzen der Kuhmilch zum spasmophilen Symptomkomplex, womit auch die Tatsache übereinstimmt, daß die Flockung mit der Stärke der spasmophilen Symptome zunimmt. *Zingerle* (Graz).

Genoese, G.: Osservazioni e considerazioni sulla terapia delle sindromi spasmofile della infanzia. (Beobachtungen und Betrachtungen über die Behandlung des spasmophilen Syndroms in der Kindheit.) (*Milano, 22.—25. X. 1924.*) Atti del 11. congr. pediatr. ital. S. 533—538. 1925.

Verf. hat eine Reihe von Fällen, entsprechend den verschiedenen Theorien über das Wesen der Spasmophilie, einer verschiedenen Behandlung unterzogen; einige erhielten Salmiak, eine weitere Gruppe Bierhefe, eine dritte Kalksalze, andere Fälle wurden der Sonnenlichtbestrahlung ausgesetzt. — Den größten Erfolg erzielte er durch eine kombinierte Kalk-Adrenalinzufuhr (1—2 g Bromcalcium oder 4 g Calc. chlorat. auf 150 ccm Wasser pro die mit 15—20 Tropfen Adrenalin). Der Zusatz von Adrenalin soll die an sich flüchtige Wirkung der Kalksalze festlegen. — Die Wirkung der übrigen Mittel war nicht so überzeugend. Gar keine Erfolge ergab die Sonnenbestrahlung, die von Waringer aus der Straßburger Kinderklinik besonders gerühmt wird. *Zingerle* (Graz).

Powers, Grover F.: Tetany as a cause of convulsions in whooping cough. (Tetanie als Ursache von Krämpfen beim Keuchhusten.) (*Dep. of pediatr., Yale univ. school of med., New Haven.*) Americ. journ. of dis. of childr. Bd. **30**, Nr. 5, S. 632—641. 1925.

Auf Grund von 5 Beobachtungen von Keuchhustenfällen mit Konvulsionen, bei welchen sich eine elektrische Übererregbarkeit der peripheren Nerven und eine Erniedrigung des Calciumspiegels im Serum nachweisen ließ, vertritt der Autor die Anschauung, daß die Krampfanfälle bei Keuchhusten häufig Ausdruck einer infantilen Tetanie sind. Verabreichung von Calcium könne in solchen Fällen sowohl vorbeugend wie heilend wirken. *E. Gamper* (Innsbruck).

Dercumsche Krankheit, Lipomatose:

Winkelman, N. W., and John L. Eckel: Adipositas dolorosa (Dercum's disease). A clinico-pathologic study. (Adipositas dolorosa. Dercums Krankheit.) (*Gen. hosp., Philadelphia.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 25, S. 1935—1939. 1925.

Klinisch typischer Fall. Pathologisch-anatomisch ein Adenom der Hypophyse mit Blutungen um den 3. Ventrikel, außerdem ein Adenom der linken Nebenniere und Atrophie der Ovarien. *E. Spiegel* (Wien).

Sieſănesco, M.: Un cas du syndrome de Dercum. (Fall von Dercumschem Syndrom.) Bull. de la soc. roumaine de neurol., psychiatrie, psychol. et endocrinol. Jg. **2**, Nr. 2, S. 77—80. 1925.

Beschreibung eines Falles von Dercumscher Krankheit; die Fettansammlung betraf die untere Körperhälfte. Verf. nimmt als Ursache des Leidens pluriglanduläre Insuffizienz an: Die im Alter von 20 Jahren eingetretene Menopause und das Fehlen der Behaarung am Mons veneris sowie in den Achselhöhlen sprechen für ungenügende Funktion der Ovarien, die trockene Haut für gestörte Schilddrüsentätigkeit, die Schwäche und der geringe arterielle Druck für Nebenniereninsuffizienz, das Chvosteksche Zeichen für Hypoparathyreoidismus. Die Art Lokalisation der Fettmassen macht Beteiligung des Nervensystems wahrscheinlich. *Otto Maas* (Berlin).

Jülich, W.: Zur Nosologie und Therapie der Dercumschen Krankheit. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Barmbek.*) Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 32, S. 1189—1192. 1925.

Beschreibung von zwei Fällen Dercumscher Krankheit, die nach der Menopause zu voller Entwicklung kam. Bei beiden war die Steigerung des Sauerstoffverbrauchs nach Nahrungsaufnahme abnorm gering; kombinierte Organpräparatbehandlung mit Lipolysin bewirkte weitgehende Gewichtsabnahme. Ursache des Leidens ist pluriglanduläre Erkrankung. *Otto Maas* (Berlin).

Digitized by Google

Bauer, Julius: Über Fettsucht. Wien. klin. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 9, S. 233 bis 237. 1926.

Der Fettleibige hat schon als befruchtete Eizelle die Anlage zur Fettsucht erhalten. Worin diese Anlage besteht, in welcher Weise, an welchen Organen und Funktionen sie sich auswirkt, ist eine weitere Frage. Was sich da vererbt, ist jedenfalls nicht eine Funktionsschwäche der Schilddrüse, der Hypophyse oder Keimdrüse, sondern eben die spezifische Neigung zu pathologischem Fettansatz, und diese krankhafte Anlage kann sich mehr oder minder überall und an allen Organen und Geweben auswirken, die mit dem Fettansatz etwas zu tun haben. Mit der Frage hypothyreoid, hypopituitär oder hypogenital ist die Lösung in der überwiegenden Mehrzahl der Fettsuchstfälle gar nicht möglich. Endokrine Störungen, z. B. Ausfall oder Herabsetzung der innersekretorischen Keimdrüsenfunktion, wirken bisweilen nur auslösend auf die Auswirkung und Realisation der anlagemäßigen Fettwachstendenz. Therapie der Fettsucht: möglichste Beschränkung der Calorienzufuhr bei möglichster Steigerung der Energieausgabe durch Muskelarbeit; ev. Schilddrüsenbehandlung, Kombination derselben mit Proteinkörpertherapie (Milchinjektionen), Schwitzprozeduren, Entwässerung und Entsalzung mittels Novasurol oder Salyrgan. Andere Organpräparate als solche der Schilddrüse, z. B. Hormonmischnngen wie Lipolysin, sind für Entfettungskuren zwecklos, zummindesten unnütz. *Kurt Mendel.*

Babonneix, L., et L. Pollet: Lipomes multiples. (Multiple Lipome.) (*Soc. de neurol., Paris, 3. XII. 1925.*) Rev. neurol. Jg. **32**, Bd. **2**, Nr. 6, S. 745—747. 1925.

Bei einem 27jährigen Mann haben sich seit 2 Jahren zahlreiche Lipome am Rumpf und den Extremitäten gebildet. Patient, der aus einer psychisch belasteten Familie stammt, leidet zudem an vorübergehenden Gedächtnisstörungen und leichten Depressionen. *Erna Ball.*

Vergiftungen, Infektionen:

Hart, V. K.: Tobacco and eighth nerve lesions. Report of nine cases. (Tabak und Schädigungen des Nervus octavus. Bericht über neun Fälle.) Laryngoscope Bd. **35**, Nr. 11, S. 855—867. 1925.

9 Fälle von Tabakmißbrauch, bei denen sich eine Schädigung des Gehörs, Schwindelerscheinungen und Herabsetzung der Vestibulariserregbarkeit in verschiedenen Höhen und Graden und in wechselnder Ausprägung miteinander kombinierten. Syphilis war jedesmal auszuschließen. Es wird eine direkte Giftwirkung auf die peripheren Sinnesorgane angenommen. Heilung durch Aussetzen des Tabakmißbrauches. *Leyser* (Gießen).

Manjkivskij, B.: Zur Klinik der Neuritiden und Polyneuritiden nach Vergiftung mit Kohlenoxyd. Ukraïśnky medičnij vistnik Jg. **1925**, Nr. 5/6, S. 49—62. 1925. (Ukrainisch.)

Beschreibung von 4 Fällen von CO-Vergiftung mit Beteiligung der peripheren Nerven. In dem einen Falle handelte es sich um eine Affektion des Armplexus, in dem anderen um Erkrankung des Medianus, Ulnaris und Radialis resp. um eine Polyneuritis der unteren Extremitäten. In einem vierten Fall bestand Kombination von Läsion des Rückenmarks und der peripheren Nerven. Die Veränderungen in den Nerven hängen nach Verf. von Veränderungen der Blutgefäße ab. *M. Kroll* (Minsk).

Brill, E.: Beitrag zur Behandlung der Salvarsandermatitis und der Arsenneuritis. (*Univ.-Hautklin., Jena.*) Dermatol. Zeitschr. Bd. **46**, H. 1, S. 1—8. 1925.

29jähriger ♂, angeblich zugleich mit Go. und Lues infiziert, bekommt nach Aufhören des Harnröhrenausflusses im Anschluß an eine Inunktionskur mit grauer Salbe (136 g) und Spritzkur mit Neosalvarsan (6,3 g) einen schuppenden, sich schnell über den ganzen Körper ausbreitenden Hautausschlag. Auf erneute Neosalvarsaninjektion Temperaturanstieg auf 39,2°. Aufnahme in die Klinik. Eine Woche lang in steigenden Dosen intravenös applizierte Natriumthiosulfatlösung verstärkt das Exanthem erheblich; Allgemeinzustand höchst bedenklich. Darauf innerlich Antipyrin, äußerlich Trypaflavin (1 : 1000). Kritischer Temperaturabfall. Haut trocknet ein; dagegen nunmehr Anzeichen für eine Blennorrhoea gonorrh., die nach 9tägiger Behandlung auf der Augenklinik zurückgeht. Eine Woche später Verfärbung der Haut im Sinne einer (Arsen-) Melanose, die immer stärker wird. 3 Monate nach der Klinikaufnahme Auftreten von Kribbeln und Ameisenlaufen an den Untergliedern, leichter Ataxie beider Beine, Unsicherheit und Schwanken beim Gehen, Knie-, Achillessehnen- und Sohlenreflexe erloschen. Diagnose: Periphere Neuritis beider Beine (Arsenneuritis). Unter sofort eingeleiteter, $^1/_2$ Jahr lang durchgeführter Behandlung mit Sufrogel (Heyden) fast völliges Verschwinden der neuritischen Symptome und der Hautverfärbung.

Digitized by Google

In diesem Falle schwerster Salvarsandermatitis hat die sonst vielfach empfohlene Natriumthiosulfatbehandlung (auch wir verfügen über günstige Erfahrungen; Ref.) den Allgemeinzustand nach Ansicht des Verf. wegen der besonderen „Toxizität" des Falles verschlimmert, während die im Laufe der Behandlung aufgetretene Arsenneuritis sich nach Anwendung des kolloidalen Schwefelpräparats „Sufrogel", das als Reizkörper aufgefaßt wird, prompt besserte. *Pinéas* (Berlin).

Binet, M., et J. Hoche: Paralysie sérique. (Serumlähmung.) Rev. méd. de l'est Bd. **53**, Nr. 20, S. 741—743. 1925.

35jähriger Mann. Kriegsverletzung. Antitetanusseruminjektionen. 12 Tage nach der 1. Injektion Schmerzen in der rechten Schulterblattgegend, dann in der Gegend des rechten Biceps, in der linken Schulter und im linken Arm. Dann völlige Lähmung in den Schultern, starke Atrophie der Schulter- und Oberarmmuskeln. Reflexe normal, elektrisch normaler Befund. Die Läsionen betreffen C_5 beiderseits symmetrisch. Betroffen sind Wurzeln, periphere Nerven, Rückenmarksmeningen oder Rückenmark selbst. Im vorliegenden Falle scheint Rückenmark und Rückenmarkshaut leicht lädiert an bestimmter Stelle. Prophylaxe wichtig. Heilung auch ohne Medikamente. *Kurt Mendel.*

Carrau, Antonio: Radialislähmung bei Serumkrankheit. (*Hosp. de niños „Pedro Visca", Montevideo.*) Arch. latino-americ. de pediatria Bd. **19**, Nr. 10, S. 1158—1162. 1925. (Spanisch.)

Bei einem 13jährigen Knaben trat 10 Tage nach einer prophylaktischen Einspritzung von 20 ccm Tetanusserum das Bild der Serumkrankheit auf, bestehend in Fieber, Arthralgien, Urticaria sowie einer linksseitigen Radialislähmung, die nach 6 Monaten noch bestand. Patient hatte niemals früher eine Serumeinspritzung erhalten.

Derartige Fälle sind bisher nur selten beobachtet worden. In der großen Mehrzahl der Fälle war das Tetanusserum die Ursache, während das Diphtherieserum an zweiter Stelle kommt. Stets handelte es sich um Personen, die früher nie mit Serum behandelt waren, fast immer um Erwachsene. Das Krankheitsbild kann alle Grade von leichter Parese eines Nerven bis zu schweren Polyneuritiden und Myelitiden zeigen. Der pathologische Prozeß besteht nach einigen Autoren in Ödem und Infiltration der Nerven, nach anderen handelt es sich um Toxinbindung in ihnen. Als vorbeugende Maßregel käme das Vorgehen nach Besredka oder Gaben von Natr. carbonicum, Natriumcitrat oder Calciumchlorid in jedem Falle von Serumbehandlung in Betracht. *Reich* (Breslau).

Lucksch, Franz: Über Impfschäden des Zentralnervensystems. Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. **7**, H. 2/3, S. 203—216. 1926.

Als das für alle Impfschäden in erster Linie Charakteristische wird der Zusammenhang mit der Blatternschutzimpfung festzustellen sein. Der Intervall zwischen dieser Impfung und der Erkrankung wird nicht viel mehr als 10 Tage betragen dürfen. Aus dem Verhalten der lokalen Impfreaktion ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine etwa nachfolgende Schädigung des ZNS. Die Störungen von seiten des ZNS. können auftreten als Meningitis serosa, als Encephalitis unter tetanusähnlichen Erscheinungen, als solche mit Somnolenz und Pyramidensymptomen und als solche mit Augenmuskellähmungen, endlich als Rückenmarksaffektion unter dem Bilde der Poliomyelitis anterior. Die Mortalität ist bei den encephalitischen Fällen eine sehr hohe. Der histopathologische Befund bei der encephalitischen Form unterscheidet sich von dem bei der E. e. durch die besonders mächtige Beteiligung der Glia an den Infiltraten und dadurch, daß auch die weiße Substanz von den entzündlichen Veränderungen in hohem Grade betroffen erscheint. Tierversuche mit Liquor bzw. Gehirnsubstanz wären anzustellen, insbesondere der Cornealversuch am Kaninchen (Paulscher Versuch).

Kurt Mendel.

Traumatische Nervenerkrankungen, Kriegsverletzungen:

Mazel, P., et P. Robin: Des fractures méconnues de la base du crâne. (Verkannte Schädelgrundbrüche.) Journ. de méd. de Lyon Jg. **6**, Nr. 141, S. 643 bis 645. 1925.

Bei gewissen Unfällen mit multiplen Läsionen können Schädelbasisfrakturen wegen der Latenz ihrer Symptome verkannt werden, und erst die Autopsie deckt sie

Digitized by Google

auf. Bei allen Schädelverletzten ist immer auf Symptome von Basisfrakturen zu fahnden. Sehr sorgfältige klinische Untersuchung sowie spezielle Prüfungen (Röntgenbild, Augengrund, Voltaischer Schwindel) sind erforderlich. *Kurt Mendel.*

Stewart, William H.: The time factor in the disappearance of roentgenographic evidence of fracture of the skull. (Wie lange lassen sich Schädelbrüche röntgenologisch nachweisen?) Brit. journ. of radiol. (Arch. of radiol. a. electro-therapy) Bd. **30**, Nr. 304, S. 399—415. 1925.

Die Heilung eines Schädelbruchs nimmt ziemlich lange Zeit ein. Solange nicht eine völlige knöcherne Vereinigung der Frakturteile erfolgt ist, läßt auch das Röntgenbild eine Frakturlinie erkennen. Die Kontrollaufnahmen müssen möglichst unter den gleichen Bedingungen angefertigt werden wie die erste Aufnahme, da sonst geringe Überreste überlagert oder übersehen werden können. Einfache Fissuren heilen schneller als Impressionsfrakturen oder Brüche mit erheblicher Separation der Fragmente. Im mittleren Lebensalter bleiben glatte Frakturlinien 3 Jahre oder noch länger sichtbar, bei Kindern zeigt das Röntgenbild häufig schon nach 6—8 Monaten keinerlei Spuren der Fraktur mehr. Entsprechend der größeren Knochendicke sieht man bei Frakturen der Occipitalgegend eine erhebliche Verzögerung des Heilungsverlaufes.

Aussprache: Schüller (Wien) bestätigt die Häufigkeit der verzögerten Heilung von Schädelfrakturen. Diesbesügliche Regeln lassen sich nicht aufstellen. Bei Kindern kommt oft eine Erweiterung der Fissuren vor. *Taterka* (Berlin).

Fuchs, Alfred: Weiterverlauf der Epilepsie nach schweren Schädelschußverletzungen. Wien. med. Wochenschr. Jg. **76**, Nr. 3, S. 92—97. 1926.

Die Antialkoholpropaganda hat insofern Erfolge gehabt, als die Zahl der Epilepsien nach Kopfverletzungen aus dem Kriege im jetzigen Österreich geringer ist als anderswo. — Das periodische Kopfweh geht oft mit einer Vorwölbung und Spannung der Haut über dem Schädeldefekt einher. Trotz hochgradigen Hirndefektes und anscheinenden Fehlens einer motorischen Hirnregion zeigten die epileptischen Anfälle noch Jacksontypus; es müssen also noch Reste der betreffenden Hirngegend vorhanden sein. Auch die Funktion besserte sich zum Teil etwas. Gerade bei den großen Hirndefekten traten trotz der nunmehr über 10 Jahre bestehenden epileptischen Anfälle keine epileptischen Psychosen, Äquivalente, Dämmerzustände auf, nicht einmal postparoxysmale, länger dauernde Verwirrtheitszustände. Ebensowenig wurde gerade bei den schweren Hirnverletzungen eine epileptische Charakterveränderung beobachtet. Im Gegenteil war eine Tendenz zur Besserung, auch der Epilepsie selbst, unverkennbar. Schwere Daueranfälle oder Anfallsserien wurden vermißt. Je mehr Hirn verlorengegangen ist, um so besser waren vielfach die Aussichten bezüglich der Epilepsie (Regression statt Progression). Die epileptische Reaktionsfähigkeit (Redlich) ist bei diesen Traumatikern zeitweise oder dauernd gesteigert, eine epileptische Veränderung des Gehirns (Nothnagel) ist aber nicht eingetreten. *Reichardt.*

Sharpe, William, and A. S. Maclaire: Further observations of intracranial haemorrhage in the newborn. (Weitere Beobachtungen intrakranialer Hämorrhagien beim Neugeborenen.) (*Dep. of neuro-surg., policlin. med. school, a. post graduate hosp., New York.*) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 5, S. 583—588. 1925.

Intrakraniale Hämorrhagien spielen bei Erkrankungen im ersten Monat nach der Geburt eine bisher zu wenig beachtete ätiologische Rolle. Serienweise in den ersten 24—28 Stunden an 500 Neugeborenen ausgeführte Lumbalpunktionen ergaben in 6—13% der Fälle den Nachweis von Hämorrhagien. Besonders beteiligt sind die prämatur Geborenen. — In jedem Falle von Schläfrigkeit und mangelnder Nahrungsaufnahme ist an cerebrale Ursache zu denken. Den Folgen intrakranialer Blutungen (Obliterierungen der Resorptionswege durch Blutgerinnsel) sollte frühzeitig begegnet werden, einerseits durch Verhütung erneuter Blutungen mittels koagulationserhöhender Injektionen (Ca u. ä.), andererseits durch Entfernung bereits dem Liquor beigemengter Blutmengen mittels wiederholter Lumbalpunktionen. *Bluhm* (Berlin).

Digitized by Google

Ford, F. R.: Breech delivery in its possible relations to injury of the spinal cord. With special reference to infantile paraplegia. (Steißgeburten in ihren möglichen Beziehungen zu Rückenmarksverletzungen. Mit besonderer Berücksichtigung der infantilen Paraplegie.) (*Med. clin., Johns Hopkins univ. med. dep., Baltimore.*) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 14, Nr. 6, S. 742—750. 1925.

6 Fälle von Rückenmarksverletzung als Folge der Extraktion während Steißgeburt wurden klinisch, einer auch anatomisch beobachtet. 5 Fälle ließen vollständige Unterbrechung der Heilung im Mark erkennen. Hoch im Thoraxsegment saß die Verletzung bei den überlebenden Fällen, im tödlichen war die cervicale Anschwellung betroffen. Die Folgen waren vollständige Lähmung der unteren Intercostalmuskeln, der Bauch- und Beinmuskulatur. Die Blase entleerte automatisch ihren Inhalt, immer bestand Obstipation. Sensibilitätsverlust war gewöhnlich in den mittleren Thoraxsegmenten zu finden. In 5 Fällen bestand Hypotonie der unteren Extremitäten. Klinisch und röntgenologisch fehlte ein Hinweis auf Wirbelsäulenverletzung. 5 der Fälle standen durch 2 Jahre in Beobachtung. Immer fand sich in der Anamnese schwere Geburt.

Neurath (Wien).°°

Bettmann: Das „Schulterkammsymptom", ein objektives Zeichen gestörter Armerhebung in seiner Bedeutung in der Unfallbegutachtung. (*Chir.-orthop. Heilanst. u. medicomechan. Inst. v. Dr. H. J. Bettmann, Leipzig.*) Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. 33, Nr. 1, S. 14—18. 1926.

Das Schulterkammsymptom besteht in einer Verkürzung der Schulterkammlinie, meist, aber nicht immer, verbunden mit Hochstand des Schulterblattes und mehr oder weniger ausgeprägter Schrägstellung des Schlüsselbeines. Die Verkürzung der Schulterkammlinie — immer das hervorstechendste und oft nur das alleinige Zeichen — ist aufzufaßen als der Ausdruck einer erhöhten Wirkung und Kraftentfaltung der Schulterheber (Trapezius, Levator scapulae), insbesondere des Kappenmuskels, die für den gelähmten, bzw. geschwächten Armheber (Deltoideus) eintreten. Das Vorhandensein des Schulterkammsymptoms ist zugunsten des Verletzten unbedingt zu verwerten, sein Fehlen schließt aber nicht absolut eine Erhebungsbeschränkung aus. Jedenfalls kann das Symptom in vielen Zweifelsfällen den Ausschlag geben zur Feststellung behinderter Armbewegung und ist somit in der Gutachterpraxis von Wert.

Kurt Mendel.

Weiler, Karl: Bessere Versorgung der Kriegs- und Unfallbeschädigten und Bekämpfung der Rentensucht. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 84, S. 428—441. 1926.

Weiler empfiehlt, um Besserstellung der wirklich Kriegsbeschädigten ohne Mehrbelastung des Reiches zu erreichen, Renten evtl. mit Pflegezulage und Invalidenheimversorgung nur an diejenigen zu geben, die um mehr als $66^2/_3\%$ in ihrer Erwerbsfähigkeit geschädigt, also auch invalide im Sinne des Invalidengesetzes sind; alle übrigen, weniger Geschädigten sollten zwangsmäßig von der Industrie gegen vollen Lohn beschäftigt werden, ohne Rente zu erhalten. W. erhofft von diesem Vorschlag nicht nur, durch Abwälzung eines großen Teils der Rentenlast auf die Industrie, eine Entlastung der Steuerzahler, sondern auch Abnahme des Rentenkampfes und Zunahme der Arbeitsfreudigkeit; er unterschätzt aber wohl die Schwierigkeiten der Durchführung und übersieht, daß die Gewinnung einer lebenslänglichen, jedenfalls von der Gegenseite unkündbaren Arbeitsstelle das Kämpfen um die Berechtigung zu solcher Stelle sicher nicht verringern und die Lust zur Arbeit kaum erhöhen würde. *Stier.*

Hirt, Eduard: Behandlung und Versorgung der reichsgesetzlich versicherten Nervenkranken. (*Städt. Ortskrankenkasse, München.*) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 84, S. 217—236. 1926.

Als Vertrauensarzt der Ortskrankenkasse München behandelt Hirt das schwere Problem der Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsfähigkeit der Geistes- und Nervenkranken, speziell der Nervösen und Psychopathen. Er bringt goldene Worte über die

Digitized by Google

vielfach viel zu weitgehende und zu lange ausgedehnte Behandlung sowie die Unterschätzung der wirklichen Arbeitsfähigkeit der Nervösen und Psychopathen, über die meist ganz ungenügende Behandlung der Epileptiker, die unzweckmäßige und unzulängliche Behandlung der Alkoholisten und Morphinisten, die mangelnde Berechtigung von „Erholungskuren" bei psychogenen Beschwerden oder einfacher Wehleidigkeit, die Erschlaffung des Arbeits- und Gesundheitswillens durch die Krankenkassengesetzgebung mit ihren bösen Folgen auch für den Ärztestand und das Verhältnis des Arztes zum Kranken. — Im Gegensatz zu den etwas optimistischen Besserungsvorschlägen des Verf., die er dann folgen läßt, wird man diesem kritischen Teil seiner Ausführungen fast Wort für Wort zustimmen können, und, da hier klare Erkenntnis der Fehler Voraussetzung für Besserung ist, nur bedauern, daß die schöne Arbeit nicht in einer allgemeinmedizinischen Zeitschrift erschienen ist, und so gerade von den in der Praxis tätigen Ärzten kaum gelesen werden wird, für die sie doch ihrem Inhalt nach berechnet ist.

Stier (Charlottenburg).

Bolte, Richard: Die sozialpsychologische Wirkung der deutschen Unfallgesetzgebung. Zeitschr. f. Völkerpsychol. u. Soziol. Jg. 1, H. 2, S. 129—138 u. H. 3, S. 265 bis 277. 1925.

Der sehr lesenswerte Aufsatz bespricht in eingehender Weise die psychologischen Schwierigkeiten der deutschen Unfallgesetzgebung. Die seelischen Eigenschaften des Durchschnittsmenschen und seine Reaktionen auf das Gesetz wurden vom Gesetzgeber nicht genügend durchschaut und vorausgeschaut. Der persönliche Vorteil und die Bereicherungsidee (das Streben nach dem gesicherten Leben) sind tief in der Menschenseele wurzelnde Triebfedern. Simulation, Suggestibilität mit ihren psychischen und körperlichen Reaktionsweisen müssen mehr beachtet werden. Der Prozentsatz der psychischen Grenzzustände in der Bevölkerung ist so groß, daß auch die Unfallgesetzgebung auf ihn Rücksicht nehmen muß. Die Prozentzahl der Unfallanmeldungen ist im Laufe der Jahre, im Vergleich mit der Prozentzahl der Versicherten, um ein Mehrfaches gestiegen. — Endlich wird die sog. traumatische Neurose besprochen.

Reichardt (Würzburg).

Spezielle Psychiatrie.

Progressive Paralyse, syphilitische Geistesstörungen, Trypanosomenkrankheiten:

Schükri, Ahmed: Über das Vorkommen von progressiver Paralyse in der Türkei. (*Nerven- u. Irrenanst., El-Asis, Ostanatolien.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 73, Nr. 2, S. 64—65. 1926.

Kurzer statistischer Bericht mit folgendem Ergebnis:

Krankenhaus	Jahr	Gesamtzahl der Aufnahmen			Davon Paralyse					
					Männer		Frauen		Zusamm.	
		Männ.	Frauen	Zus.	zus.	%	zus.	%	zus.	%
Nervenabteilung des griechisch. Krankenhaus. Jedikule (Conos)	1923	97	82	179	16	16,4	3	3,6	19	10,4
	1924	72	67	139	9	12,5	3	4,4	12	8,6
Nervenabteilung des armenisch. Krankenhaus. Jedikule (Djesairlian) . .	1923	39	48	87	7	17,6	—	—	7	17,6
	1924	44	33	77	5	11,3	—	—	5	11,3

Berthold Kihn (Erlangen).

Kolb: Zum Rätsel der Paralyse. Vorl. Mitt. (*Heil- u. Pflegeanst., Erlangen.*) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 84, S. 275—285. 1926.

Kolb setzt in sehr übersichtlicher und kritischer Weise das Für und Wider der Theorie auseinander, welche den ursächlichen Zusammenhang zwischen Paralyse und Kuhpockenimpfung behauptet. Schon seit 1917 beschäftigte ihn diese Hypothese, die er aber mit Rücksicht auf die sehr wahrscheinliche Ausbeutung durch die Impfgegner nicht früher publizieren wollte, bis eingehende Prüfungen ihre Richtigkeit bewiesen hätten. Die kürzlich erfolgte Publikation der gleichen Anschauungen durch

Digitized by Google

Daraskiewicz und auch durch Salomon veranlaßten ihn zu vorliegendem Artikel. — Einzelheiten der Arbeit können im Referat nicht gegeben werden, da jeder der von ihm für und wider die Theorie angeführten Punkte gleich wichtig erscheint. Er kommt zu dem Ergebnis, „daß bei aller Würdigung der gegen die Hypothese sprechenden Momente ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Kuhpockenimpfung und Paralyse möglich erscheint". *Hauptmann* (Freiburg i. Br.).

Pacheco e Silva, A. C.: Contribution à l'étude du treponema pallidum dans l'écorce cérébrale des paralytiques généraux. (Beitrag zum Studium der Spirochaete pallida in der Hirnrinde der Paralytiker.) Arch. internat. de neurol. Jg. 44, Bd. 2, Nr. 3, S. 81—87. 1925.

9 Fälle wurden untersucht, darunter 4 Neger. Rassenunterschiede fanden sich nicht. In Ganglienzellen waren Spirochäten nicht mit Sicherheit nachzuweisen. Die Bevorzugung des perivasculären Gewebes wird bestätigt; ob Einwanderung in die Gefäße oder Auswanderung erfolgt, war nicht zu entscheiden. Im Lumen fanden sich nie Spirochaeten. Die Unwirksamkeit intravenös eingeführter Medikamente ist angesichts der Verteilung der Spirochäten schwer verständlich. Andererseits läßt die Seltenheit des Erregers in den Meningen den subarachnoidealen Weg eigentlich als unzweckmäßig erscheinen. Am reichlichsten Spirochäten fand Verf. in Fällen mit schon makroskopisch ausgesprochener starker Atrophie und Sklerose. Sie waren hier meist klein, fragmentiert, körnig und oft deformiert. Daneben fanden sich viele Y- und Kometenformen. Von 3 Fällen mit negativem Spirochätenbefund waren zwei Gehirne voluminös, eines nur wenig atrophiert. Mikroskopisch stehen hier die Entzündungserscheinungen im Vordergrund, die Architektonik ist kaum gestört. Verf. wirft die Frage auf, ob hier vielleicht eine andere als die syphilitische Ätiologie in Frage komme. (Genauere Angaben über die Fälle fehlen.) Im Anfall Gestorbene zeigten nicht besonders reichlich Spirochäten. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Pfeiffer, H., F. Standenath und R. Weeber: Über den Peptidasenhaushalt bei der Impfmalaria und bei anderen Infekten des Paralytikers. (*Inst. f. allg. u. exp. Pathol., Univ. Graz, u. steiermärk. Landesheil- u. Pflegeanst. Feldhof b. Graz.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 47, H. 3/4, S. 386—405. 1925.

Der Peptidasenhaushalt (vgl. Bericht über Peptidasenhaushalt des Epileptikers dies. Zentrlbl. 43, 331) des sonst körperlich gesunden Paralytikers zeigt normale Verhältnisse selbst im fieberfreien Stadium der Malariainfektion. Das Abbauvermögen z. Zt. der Fieberanfälle verhält sich im Serum umgekehrt wie im Harn, indem gleichzeitig mit steigender Temperaturkurve eine Anhäufung der Peptidase im Serum bei gleichzeitigem Rückgang des Ferments im Harn bis zur Harnsperre stattfindet. Gleichsinnig mit den Bewegungen des peptolytischen Index im Serum bewegt sich dessen antitryptischer Titer. Damit scheint die Ansicht von Jobling und Petersen widerlegt, wonach im Fieber die natürlicherweise im Serum vorhandenen eiweißspaltenden Fermente nicht verändert, sondern nur durch den Verlust des natürlichen, Proteasen unwirksam machenden Hemmungskörpers im Serum aufgedeckt würden. — Auch in einem Fall von anhaltendem Fieber bei Erysipel wie bei schwerster Lungentuberkulose ist eine Anreicherung von Peptidasen im Serum unter Absinken der Harnausscheidung festzustellen. Vaccination mit abgelöteten Typhuskeimen sowie durch äußere Einflüsse aufgezwungene Erhöhung der Körperwärme — im Tierversuch bis 41,5° — lassen eine Veränderung im Peptidasenhaushalt vermissen. *F. Georgi* (Breslau).

Marie, A., et Levaditi: Neurotropisme et paralysie générale. (Neurotropismus und progressive Paralyse.) Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 831—835. 1925.

Zusammenstellung der Tatsachen, die zu der Aufstellung des Neurotropismus geführt haben. Vom dermotropen Virus unterscheidet sich das neurotrope durch extrem lange Inkubationszeit, lange Dauer der beim Kaninchen erzeugten Veränderungen und deren oberflächlich epithelialen Charakter, Unwirksamkeit für Affen und Men-

Digitized by Google

schen bei cutaner Übertragung, gekreuzte Immunität. Die Frage, ob diese Verschiedenheiten präformiert sind oder erst nach der Infektion durch Anpassung an das Zentralnervensystem entstehen, bedarf noch der Klärung. *A. Meyer* (Bonn).

Fornara, Piero: A proposito di un caso di paralisi progressiva giovanile. (Considerazioni sulla neurolue da sifilide ereditaria.) (Über einen Fall von juveniler progressiver Paralyse. [Betrachtungen über Nervenlues bei erblicher Syphilis.) Policlinico, sez. prat. Jg. **33**, H. 7, S. 221—226. 1926.

Die Mitteilung eines typischen Falles von juveniler Paralyse (der zuerst vom vorbehandelnden Arzt für einen Neurastheniker gehalten und zur Eheschließung veranlaßt wurde), gibt Gelegenheit, auf die bekannten Unterschiede zwischen der juvenilen und der der erworbenen Lues folgenden Paralyse aufmerksam zu machen. Anschließend wird über ein schwachsinniges, heredoluetisches, 20 Monate altes Kind berichtet, bei dem nach spezifischer Behandlung die Krampfanfälle und die pathologischen Erscheinungen im Liquor zurückgehen. Die Intensität der meningealen Reaktion entspricht der Schwere des encephalomyelitischen Prozesses. Zum Schluß wird die Frage: Neurotrope Spirochäte oder prädisponierende Resistenzschwäche des Nervensystems angesichts der Fälle von juveniler Paralyse aufgeworfen, die unter Ascendenten und Kollateralen syphilidogene und metaluetische Erkrankungen des Nervensystems aufweisen. *Kastan* (Hamburg).

Schulze: Die Malariabehandlung der Paralyse. (*Städt. Irrenanst., Berlin-Dalldorf.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 45, S. 1856—1858. 1925.

450 Paralysen wurden mit Malaria tertiana geimpft. Es wurden 2 Stämme verwandt, mit und ohne Gametenbildung. Direkte Übertragung, intravenös, ohne Rücksicht auf die Anfallszeit. Behandlungsdauer 12—15 Fieberanfälle, dann Coupierung mit Chinin. bimuriat. intramuskulär. Während der Kur sinkt Körpergewicht und Hämoglobin stark ab. Spätere rasche Gewichtszunahme ist prognostisch günstig. Alarmsignal zum Kurabbruch ist starkes Absinken des Blutdruckes. 3mal traten nach der Behandlung tertiärsyphilitische Hauterscheinungen auf. Ergebnisse der Kur bei 215 Fällen: 1. Vollremissionen 36,2%, zum Teil seit 3 Jahren; 2. gebessert 13,5%; 3. ungebessert 30%; 4. Todesfälle während oder nach der Kur 20%, darunter verhältnismäßig viel Taboparalytiker. Keine Übereinstimmung zwischen klinischem und serologischem Befund. Öfters Auftreten von Halluzinosen. Wert der Behandlung gegenüber unbehandelten Fällen: Häufigere, rascher einsetzende und länger anhaltende Remissionen, Ersparnis durch Abkürzung der Behandlungsdauer. *Beringer* (Heidelberg).

Bosch, Gonzalo, und Arturo Mó: Die Malariatherapie der Paralyse. Semana méd. Jg. **33**, Nr. 1, S. 25—35. 1926. (Spanisch.)

Die Verfasser haben seit Nov. 1923 40 Fälle von progr. Paralyse der Malariabehandlung unterworfen. Was den Erfolg betrifft, so teilen die Verff. nach Weygandt ihre Fälle in folgende Gruppen: 1. 6 Fälle = 17,64% konnten ihren Beruf wieder aufnehmen; 2. 10 = 29,41% wurden weitgehend gebessert; 3. dieselbe Zahl wurde mäßig gebessert; 4. 7 = 20,58% blieben unverändert; 5. 1 = 2,94% starb; 6. 6 = 10% sind noch in Behandlung. — Mit keiner anderen Behandlung kann man solche günstigen Erfolge bei der Paralyse erzielen. *Ganter* (Wormditt).

Nicole, J. Ernest, and John P. Steel: Acquired immunity to malarial inoculation. (Erworbene Immunität gegenüber Malariaimpfung.) (*Lancashire county ment. hosp., Winwick.*) Journ. of trop. med. a. hyg. Bd. **28**, Nr. 23, S. 428—429. 1925.

Bei der Malariabehandlung von Paralytikern wurde festgestellt, daß in 14 Fällen, wo wegen geringer Beeinflussung des Krankheitsbildes eine Neuimpfung vorgenommen wurde, keine neue Ansteckung eintrat, während Erstbehandelte, die mit dem gleichen Spritzeninhalt geimpft wurden, an Malaria erkrankten. Zwischen den einzelnen Impfungen lagen Zeiten von 6 bis 20 Monaten. Die erste Behandlung war in der üblichen Weise mit Chiningaben beendet worden. — Verff. vermögen eine Erklärung für diese erworbene Malaria-Immunität nicht zu erbringen und fordern zu Nachprüfungen auf. *Alfred Schreiber* (Hirschberg i. Schles.).

Hackebusch, W.: Neues in der Therapie der progressiven Paralyse. Sovremennaja psichonevrologija Jg. **1**, Nr. 1, S. 45—51. 1925. (Russisch.)

Verf. spritzt dem Paralytiker unmittelbar intraglutäal das soeben dem Tertianamalariker während der Acme entnommene Blut ein. Nach 4—14 Tagen entwickelt sich

Digitized by Google

die leicht durch Chinin zu koupierende Malaria, deren 10 Anfälle zur permanenten Besserung der Paralyse notwendig sind. Resultate sehr befriedigend. Nachfolgende antisyphilitische Kur empfehlenswert. *Higier* (Warschau).

Hoff, Hans, und Fritz Silberstein: Experimentelle Untersuchung über den Wirkungsmechanismus der Recurrensfiebertherapie bei der progressiven Paralyse. (*Psychiatr.-neurol. Klin. u. Inst. f. allg. u. exp. Pathol., Univ. Wien.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **49**, H. 1/3, S. 294—301. 1926.

Verff. untersuchten bei recurrensbehandelten Paralysen den Opsonintiter im Serum und Liquor gegen Staphylokokken und Streptokokken. Im Serum fand sich ein deutlicher Anstieg des Titers bis zum 5. Fieberanfall, die übrigen nachfolgenden Zacken sind wirkungslos. Geringere Titerhöhe wie bei der Malaria. Im Liquor ähnliche Verhältnisse. Auch hier wird die Stärke der Ausschläge von der Malaria übertroffen. Agglutinine waren bei Recurrens im Serum, aber nicht im Liquor nachweisbar. Übereinstimmung mit den an der Impfmalaria erhobenen Befunden. Zuletzt Untersuchung der Wirkung von Serum, Liquor und Leukocyten auf die Spirochäten selber. Während in der Malariabehandlung Liquor und Serum nach dem 5. Fieberanfall die Spirochäten infektionsuntüchtig macht und diese Fähigkeit auch in der Remission beibehalten wird, wird bei der Recurrens der Wert im Blute mit der Remission wieder geringer, im Liquor hält er sich aber annähernd auf gleicher Höhe. Die geringere Wirksamkeit der Recurrenstherapie wird mit dem protrahierten Fieberverlauf erklärt. *Berthold Kihn.*

Schizophrenie:

Nagasaka, Genichi: Zur Pathologie der extrapyramidalen Zentren bei der Schizophrenie. Arb. a. d. neurol. Inst. d. Wiener Univ. Bd. **27**, H. 2/3, S. 363—396. 1925.

In 8 Fällen, die klinisch als zur großen Krankheitsgruppe der Dementia praecox gehörend aufgefaßt wurden, zeigten sich folgende gemeinsame Veränderungen in den extrapyramidalen Zentren. Das Ependym zeigt frühen infantilen Charakter und ist immer mit einer subependymären Sklerose verbunden. Ein schwer degenerativer Parenchymprozeß ist im Striatum, weniger im Thalamus und Globus pallidus festzustellen. Es sind sowohl die großen wie die kleinen Zellen betroffen. Die Zellen der Substantia nigra bieten eine weitgehende Degeneration, ebenso jene des Nucleus dentatus. Die Gefäße zeigen eine Verbreiterung, Homogenisation und schließlich Verkalkung der Media und Adventitia.

(Hierzu möchte Referent bemerken, daß die geschilderten Veränderungen nach den Erfahrungen seines Laboratoriums nicht dem gewöhnlichen Befunde bei unkomplizierten Fällen der Dementia praecox entsprechen. Die Frage der histologischen Grundlage der Dementia praecox ist nur, wie das schon Alzheimer betont hat, an einem mit größter Kritik ausgesuchten Materiale zu beantworten, mit besonderer Berücksichtigung der begleitenden körperlichen Krankheit, des Lebensalters und der Todesursache. Die vorliegende Arbeit entspricht aber nur sehr bedingt diesen Forderungen.) *A. Jakob* (Hamburg).

Etchepare, Bernardo: Über Pseudoödem bei der Dementia praecox. Anales de la fac. de med. (Montevideo) Bd. **10**, Nr. 3, S. 193—203. 1925. (Spanisch.)

Bei einer 26jährigen erregten Hebephrenen tritt am linken Bein eine ödemartige Schwellung auf, die sich von den Zehen zunächst bis zur Mitte des Oberschenkels erstreckt, dann sich bis zum Trochanter major ausbreitet. Nach einigen Tagen leichtes Ödem des rechten Fußrückens. Unter Beruhigung mit großen Luminalgaben, die fast zur Betäubung führen, Verschwinden des Ödems, das bei zwei später wieder auftretenden Erregungszuständen wieder in leichter Form erscheint. Zu Beginn des Zurückgehens des Ödems wurde einmal 0,01 getrocknete Schilddrüse gegeben. — Verf. hält eine Identität oder wenigstens nahe Verwandtschaft mit dem von Dide beschriebenen „Katatonischen Pseudoödem" für vorliegend. Die Entstehung erfolgt auf nervösem Wege, wahrscheinlich über das endokrin-sympathische System. Inwieweit die Schilddrüse dabei beteiligt ist, und inwieweit die kleine Schilddrüsengabe an dem Zurückgehen des Ödems Teil hat, läßt Verf. dahingestellt. *Reich* (Breslau).

Sacristán, José M.: Über die Wirkung des Cocains beim katatonischen Stupor. (*Manicomio de mujeres, Ciempozuelos, Madrid.*) Arch. de neurobiol. Bd. **5**, Nr. 4/6, S. 166—190. 1925. (Spanisch.)

Verf. hat in der Irrenanstalt Ciempozuelos (Madrid), die nur weibliche Kranke aufnimmt, 30 an Katatonie leidende Mädchen und Frauen mit Cocaineinspritzungen in Dosen von 0,025—0,1 behandelt.

Das Alter der Kranken schwankte zwischen 12 und 46 Jahren, der Anstaltsaufenthalt zwischen 1 und 13 Jahren. Bei 8 Kranken folgte auf das Cocain keine psychische Änderung.

Digitized by Google

Bei allen Kranken aber wirkte es mehr oder weniger auf das vegetative Nervensystem. Unabhängig von der Dosis trat Tachykardie auf. Die Pulszahl war großen Schwankungen unterworfen. Bradykardie wurde nie beobachtet. Die Respiration war beschleunigt. Der Aschnerreflex zeigte ein verschiedenes Verhalten. Von den 16 Fällen, in denen die Blutdruckmessung möglich war, nahm in 8 Fällen der Maximaldruck unzweifelhaft ab, in 4 Fällen stieg er und in 4 Fällen blieb er unverändert. Dies Verhalten des Blutdrucks hatte keine Beziehungen zu dem durch das Cocain hervorgerufenen psychischen Zustand. Von den 16 Fällen zeigten 10 eine psychische Reaktion, und von diesen fand sich in 5 Fällen ein Sinken des Blutdrucks, in 2 ein Steigen, in 3 keine Änderung. Der diastolische Druck wies nur geringe Schwankungen auf, in den meisten Fällen blieb er gleich. Die Wirkung des Cocains auf das vegetative Nervensystem war außerordentlich wechselnd und hatte keine Beziehung zu den Ergebnissen, wie sie bei der Erregung des Vagus oder Sympathicus beobachtet worden sind. Die psychische Reaktion lag bei den katatonischen Frauen auf dem affektiven Gebiet und äußerte sich in Depression, Erotismus und teilweise in einer feindseligen Haltung. Die bei Gesunden zu Anfang auf das Cocain eintretende Euphorie stellte sich bei den Kranken nicht ein. In 5 Fällen wurde ein erotischer Zustand hervorgerufen, eine sonst nirgends erwähnte Erscheinung. Auf motorischem Gebiet wurden alle Abstufungen von einer leichten Unruhe bis zur heftigsten Erregung beobachtet. Sprachmotorisch wurden nur einige wenige einsilbige Worte geäußert, mitunter kam es zu einer unbezwingbaren Logorrhöe, aber nur in 5 Fällen konnte für kurze Zeit eine Unterredung mit den Kranken geführt werden.

Deshalb war es auch nicht möglich, sich aus der Beantwortung einiger Fragen ein bestimmtes Urteil über die Pathogenese des katatonischen Stupors zu bilden. Vom praktischen Standpunkt aus bietet die Anwendung des Cocains keinen Vorteil, auch theoretisch kommt nicht viel aus den Untersuchungen heraus. Verf. hofft auf bessere Ergebnisse bei der Anwendung des unschädlicheren Psicains. *Ganter.*

Verblödungsprozesse:

Grünthal, Ernst: Über die Alzheimersche Krankheit. Eine histopathologisch-klinische Studie. (*Dtsch. Forschungsanst. f. Psychiatrie* [*Kaiser Wilhelm-Inst.*], *München.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **101**, S. 128—157. 1926.

In einer sehr sorgfältigen und methodisch geschickten Studie verfolgt Verf. das Ziel, an Hand des relativ großen Materials von 13 klinisch und anatomisch sicheren Fällen von Alzheimerscher Krankheit, Beziehungen zwischen histopathologischem Befund und klinischem Verlauf herzustellen. Die Methode der quantitativen Auswertung führte zu folgendem Ergebnis: Zahl der Plaques und Grad der Gliawucherung gehen parallel mit der Schwere der klinischen Erscheinungen; ein weniger eindeutiges Verhalten zeigen die Fibrillenveränderungen. Die Stärke der Fettbefunde richtet sich nicht nach der Schwere des Krankheitsbildes, sondern nach der Krankheitsdauer, während das Pigment und die Rindenschrumpfung mit den übrigen Veränderungen zunehmen. Klinische Abweichungen mancher Fälle vom charakteristischen Verlauf wiesen im histologischen Bild Verschiedenheiten in der Proportion der Einzelveränderungen auf. Die Lokalisation der hochgradigsten Veränderungen im Hirnmantel war uneinheitlich und ohne Einfluß auf das klinische Symptombild; nur in einem Fall mit allerschwersten Veränderungen in Occipitalrinde und -mark bestand Rindenblindheit als Herdsymptom. Sehr häufig fand sich eine Sklerose des Ammonshornes (in 8 von 13 Fällen). Histopathologisch ist die Alzheimersche Krankheit zur Zeit weder qualitativ noch quantitativ von der senilen Demenz abgrenzbar. Differentialdiagnostisch wichtig ist, daß manche Fälle mit dem histopathologischen Befund der Alzheimerschen Krankheit klinisch ganz andersartig in Erscheinung treten, weiterhin, daß es klinisch ähnliche Bilder ohne den charakteristischen Befund gibt. An der Alzheimerschen Krankheit als einheitlichem Krankheitsbild ist aber festzuhalten. *Scholz* (Tübingen).

Visser, J. J., und G. P. Frets: Ein Fall von Alzheimerscher Krankheit. Psychiatr. en neurol. bladen Jg. **1926**, Nr. 1, S. 10—31. 1926.

Typischer Fall von Alzheimerscher Krankheit bei einem 57jährigen Manne, bei welchem aphasische Symptome im Vordergrunde standen. Es fanden sich reichlich Drusen und Fibrillenveränderungen in der ganzen Rinde, auch im Striatum und Cerebellum fanden sich kleine Drusen. Bemerkenswert ist die Beobachtung von Plaques und Fibrillenveränderungen im Globus pallidus und in der Substantia nigra. *Hallervorden* (Landsberg-Warthe).

Digitized by Google

Norbury, Frank Parsons: Ageing and Alzheimer's disease. (Über Altern und Alzheimersche Krankheit.) (*Norbury sanat., Jacksonville.*) Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 6, S. 485—491. 1925.

Die Alzheimersche Krankheit beruht auf einem vorzeitigen Altern des Gehirns. Die ersten Anfänge der Krankheit zeigen sich meist schon zwischen dem 30. und 35. Lebensjahre. *Campbell* (Dresden).

Hollander, F. d', Rubbens et van Bogaert: Recherches sur la dégénérescence muqueuse dans le cerveau. (Untersuchungen über die schleimige Degeneration im Gehirn.) (*Clin. psychiatr., univ., Louvain.*) Journ. de neurol. et de psychiatrie Jg. 25, Nr. 10, S. 647—653. 1925.

Die Verff. fanden in 3 Greisengehirnen Herde einer teils homogenen teils körnigen Substanz, die sich mit Hämatoxylin ganz schwach violett, mit Mucikarmin rosa, mit Thionin und polychromem Methylenblau metachromatisch, mit Sudan orange färbt. Es handelt sich um meist perivasculär gelegene Plaques von teils regelmäßiger, abgerundeter oder länglicher Gestalt, vor allem in der grauen Substanz, teils sind sie unregelmäßig, gezähnt, durchbrochen von oft geschwollenen Markscheiden. Die Massen finden sich bisweilen auch im Gefäßlumen, in der Pia, oft am Schnittrand des Präparates. In chromhaltiger Flüssigkeit fixierte Präparate lassen die Massen nicht erkennen. Von Greynfellt und Pélmier waren Gliazellen als Mucocyten angesprochen worden, die sich in eine Art amorpher gelatinöser Masse umwandeln sollten. Nach Verff. reichen die Gliazellen jedoch zur Entstehung nicht aus, sondern die Massen sind von der gesamten Nervensubstanz abzuleiten. Ihre Entstehung führen sie angsichts der perivasculären Lagerung auf Kreislaufstörungen oder vom Blut aus wirkende Gifte zurück. Es handle sich um eine besondere Form amorpher albuminoider Umwandlung der Nervensubstanz. Kunstprodukte glauben sie ausschließen zu können. Alle Zweifel in dieser Beziehung scheinen Ref. nicht behoben. *Fr. Wohlwill.*

Meggendorfer, Friedrich: Über die hereditäre Disposition zur Dementia senilis. (*Psychiatr. Klin. u. Staatskrankenanst., Hamburg-Friedrichsberg.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 101, S. 387—405. 1926.

Der Verf. geht aus von einem klinisch und anatomisch gesicherten Material von Dementia senilis. In 60 Familien war eine genauere Durchforschung möglich. Es ließe sich zunächst an einfache Dominanz denken: kontinuierliche Vererbung kommt vor; die Mehrzahl der Erfahrungen fügt sich einem dominanten Modus aber nicht ein. Einfache Recessivität kommt nicht in Frage. Verf. versucht, das Zusammenwirken von zwei wahrscheinlich dominanten Anlagen aus seinen Familientafeln wahrscheinlich zu machen. Unter diesen Anlagen würde er sich einerseits eine Prozeßanlage, vielleicht die Anlage für den gewöhnlichen Altersprozeß, vorstellen und andererseits „eine nervöse, reizbare, haltlose, vielleicht auch ‚schizoide' Veranlagung überhaupt, eine schwache und anfällige Konstitution des Zentralnervensystems". Die beiden in Frage kommenden Anlagen scheinen in einer Reihe von Fällen gemeinsam von einem Elter übernommen zu werden, während in anderen Fällen von jedem der Eltern eine Anlage auf den später Erkrankenden zu kommen scheint. Für beide Möglichkeiten zeigt Verf. Familientafeln. So vorsichtig er sich auch formuliert, und so sehr er sich des weitgehend Theoretischen seiner Ausführungen bewußt ist, so wird man ihm doch jedenfalls in der Schlußfolgerung zuzustimmen haben, daß „die erbliche Dispoistion wahrscheinlich eine notwendige Voraussetzung des Altersschwachsinns ist". *Eugen Kahn* (München).

Psychosen bei Allgemeinerkrankungen. Infektions- und Intoxikationspsychosen, Alkoholfrage:

Strecker, Edward A., and Franklin G. Ebaugh: Psychoses occurring during the puerperium. (Über Psychosen im Verlaufe des Wochenbettes.) (*Philadelphia psycho-*

Digitized by Google

path. hosp. a. Pennsylvania hosp., Philadelphia a. Colorado psychopath. hosp., Denver.) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **15**, Nr. 2, S. 239—252. 1926.

Bericht über 100 Wochenbettpsychosen, die je zur Hälfte in einem öffentlichen Krankenhause und in einer Privatklinik zur Beobachtung kamen. Das etwas karge klinische Ergebnis war: Es gibt keine eigentlichen Wochenbettpsychosen. Die jüdische Rasse scheint bevorzugt beteiligt. Hinsichtlich der Konstitution und ihrer Zugehörigkeit zu den einzelnen Formenkreisen keine sicheren Ergebnisse. Bei Manisch-Melancholischen und Schizophrenen schon während der Gravidität psychotische Erscheinungen. Bei manisch-melancholischen Psychosen während des Wochenbettes angeblich häufiger als sonst organische Färbung des Krankheitsbildes, bei Schizophrenen dagegen öfter als sonst hervortretende manisch-depressive Erscheinungen (? Ref.). Das Wochenbett hat auf den Verlauf der Dementia praecox keinen Einfluß. *Berthold Kihn.*

Mingazzini, G.: Klinischer Beitrag zum Studium der cephalalgischen und hemikranischen Psychosen. (*Neuropsychiatr. Klin., Univ. Rom.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **101**, S. 428—451. 1926.

Die einschlägigen Psychosen sollen durch Auftreten auf der Höhe des Kopfschmerzes charakterisiert sein und zu dessen Intensität und Dauer in einem direkten Verhältnis stehen. Es lassen sich abortive Formen mit Gesichtstäuschungen beobachten; außerdem kommen transitorische Formen vor: cephalalgische Psychosen mit vielfachen plastischen optischen Halluzinationen und Migränepsychosen mit psychomotorischer Erregung und Gesichts- und Gehörstäuschungen. Protrahierte Formen hat der Verf. nicht selbst gesehen. Zur Pathogenese denkt der Verf. daran, daß vielleicht endokrine Störungen eine vermehrte Liquorerzeugung infolge Hyperfunktion des Plexus chorioideus bedingen. Gute Wirkung von Lumbalpunktionen wurde öfters beobachtet. Differentialdiagnostische Erörterungen nach der Seite epileptischer und hysterischer Störungen beschließen die Arbeit. *Eugen Kahn* (München).

Rodriguez Vera: Toximanien und Hypnotismus. Anales de la acad. méd.-quirúrg. española Bd. **12**, S. 449—456. 1925. (Spanisch.)

Verf. hat bei der Morphiumentziehung Versuche mit der hypnotischen Behandlung gemacht, teils um die Entziehungserscheinungen zu mildern, teils um den Willen zu stärken und Rückfälle zu verhüten. Von 7 Fällen verhielten sich 3 refraktär, 4 empfänglich. Von diesen 4 Fällen wurde einer rückfällig. Neben der hypnotischen Behandlung verordnete Verf. je nachdem noch Dionin, Adalin oder Somnifen. Von den gegenüber dem Hypnotismus 3 refraktären Fällen wurden 2 mit den genannten Arzneimitteln geheilt. Verf. hält die Anwendung des Hypnotismus als Heilmittel des Morphinismus für nutzlos. Zum Schlusse wendet er sich gegen das Auftreten von Laienhypnotiseuren. In Madrid gibt es eine Anstalt ohne ärztliche Leitung, in der alle Krankheiten von Laien mit Hypnotismus behandelt werden. *Ganter* (Wormditt).

● **Maier, Hans W.: Der Cocainismus. Geschichte. Pathologie. Medizinische und behördliche Bekämpfung.** Leipzig: Georg Thieme 1926. VIII, 269 S. u. 12 Taf. RM. 15.—.

Die zusammenfassende Darstellung des Cocainismus, die der Autor gibt, geht von der Absicht aus, „außer der medizinischen Pathologie dieser Erkrankungsart ihre historische Entwicklung darzustellen". So erhalten wir eine lückenlose Übersicht über die Geschichte der Coca, der therapeutischen Anwendung des Cocains und seiner Verbreitung als Genußgift. Bei der Darstellung der Cocainwirkung auf den Menschen kommt H. W. Maier zu folgender Einteilung der Cocainpsychosen: 1. akute Cocainwirkung mit euphorischen oder delirösen Rauschzuständen, 2. chronische Cocainwirkung (Cocainsucht mit und ohne Dauerschädigungen, Cocainismus periodicus), 3. subakute Cocaindelirien mit euphorisch halluzinatorischem, ängstlich paranoidem oder oneroidem Syndrom, 4. Cocainwahnsinn (chronisch systematisiertes Cocaindelir), 5. die Korsakowsche Cocainpsychose, 6. die Cocainparalyse. Für all diese Formen gibt der Autor kasuistisches Belegmaterial. Abgesehen von der Frage der Cocain-

Digitized by Google

gewöhnung, welche M. noch nicht für geklärt hält, steht sowohl seine klinische Auffassung wie die sozialhygienische Betrachtung der Cocainsucht in vollem Einklang mit den von Joel und mir vertretenen Ansichten. So bestätigt auch M. unsere Auffassungen über den Zusammenhang von Cocainmißbrauch und sexuellen Perversionen. Der Wert des Buches wird durch ein genaues Eingehen auf die forensischen Fragen und eine Zusammenstellung der internationalen gesetzlichen Vorschriften über die Bekämpfung des Cocainismus erhöht. *F. Fränkel* (Berlin).

Obarrio, Juan M.: Über Alkoholismus bei Kindern. Semana méd. Jg. 32, Nr. 44, S. 1096—1100. 1925. (Spanisch.)

Verf. warnt die Eltern vor der Verabreichung alkoholischer Getränke, und selbst nur kleiner Mengen, an Kinder, auch die Ärzte sollten nur im Notfall den Alkohol als Arznei verschreiben. Verf. hat verschiedene Fälle beobachtet, wo die Kinder an Traumdelirien litten, die mit dem Aussetzen des Alkohols schwanden. In diesen Fällen fand er außerdem eine Vergrößerung der Leber. Bei längere Zeit fortgesetztem Alkoholgenuß kommt es zu Lebercirrhose, Polyneuritis und Psychopathie. Die Behörden sollten dafür sorgen, daß die Kenntnis von der Gefährlichkeit des Alkohols für Kinder immer mehr verbreitet werde. *Ganter* (Wormditt).

Snell: Eine Denkschrift über die Notwendigkeit der Schaffung eines deutschen Trinker-Fürsorgegesetzes. Alkoholfrage Jg. 21, H. 5, S. 271—277. 1925.

Der Verf. bespricht die Denkschrift über die Notwendigkeit der Schaffung eines deutschen Trinkerfürsorgegesetzes, die Colla im Auftrag der 1922 vom Deutschen Verein für Psychiatrie eingesetzten Kommission zur Vorlage an die Reichsregierung ausgearbeitet und im Juli 1925 in der Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie veröffentlicht hat. Die hauptsächlichsten Gedanken dieser Denkschrift, die Snell für eine geeignete Grundlage zum weiteren Meinungsaustausch über diesen Gegenstand hält, sind kurz folgende: Die Dringlichkeit einer derartigen gesetzlichen Regelung wird mit der großen Bedeutung der Bekämpfung des Alkoholismus für den Einzelnen wie für die Allgemeinheit in medizinischer, polizeilicher, volkshygienischer und wirtschaftlicher Hinsicht, ferner mit der ärztlichen Notwendigkeit der rechtzeitigen Einleitung der Zwangsbehandlung und schließlich mit der seit Kriegsende wieder stark zunehmenden Trunksucht begründet. Entscheidend ist die ärztliche Erfahrungstatsache, daß der Trinker nur geheilt werden kann, wenn es gelingt, ihn in Gegensatz zu den herrschenden Trinksitten zu bringen und zu erhalten. Hierzu ist die Tätigkeit der Abstinenzvereine nicht ausreichend, und auch der freiwillige Eintritt in Trinkerheilanstalten genügt für die meisten Fälle nicht. Die gesetzliche Regelung ist deshalb schon 1913 von Kraepelin gefordert und in England, Schweden, vielen Kantonen der Schweiz und in einigen Staaten der Union mit Erfolg eingeführt worden. Weder offene Sanatorien oder allgemeine Krankenhäuser, noch die geschlossenen Heil- und Pflegeanstalten können hierbei die Trinkerheilanstalten ersetzen, von denen seit Kriegsende nur noch etwa 20, meist charitativer Art, unter großen Schwierigkeiten arbeiten. Solche Trinkerheilanstalten werden durch den § 120 RVO. vorausgesetzt und sind auch in dem Entwurf des neuen Strafgesetzes zur Unterbringung krimineller Alkoholiker vorgesehen. Das neue Gesetz, für das der Name Trinkerfürsorgegesetz oder Gesetz betreffend die Fürsorge für Trunksüchtige und Trunkfällige empfohlen wird, muß rechtlich die Möglichkeit schaffen, einen Alkoholiker auch gegen seinen Willen zu behandeln, nötigenfalls ihn zwangsweise — auch ohne vorherige Entmündigung — in einer Trinkerheilanstalt unterzubringen und bei Unheilbarkeit in einer Pflege- oder Verwahrungsanstalt zu internieren. Für die Festlegung der Voraussetzungen, unter denen die zwangsweise Verbringung in eine Anstalt ohne vorheriges Entmündigungsverfahren und ohne Strafurteil zu erfolgen hat, schlägt Colla die Fassung vor: „Wer infolge von Alkoholgenuß sich selbst oder die Sicherheit anderer gefährdet, seine Familienpflichten vernachlässigt oder öffentliches Ärgernis erregt, kann auch gegen seinen Willen in eine Trinkerheilanstalt gebracht werden." Der Antrag soll von der Staatsanwaltschaft, der Armenbehörde oder der Trinkerfürsorgestelle gestellt werden, beschließende Behörde das Amtsgericht oder eine Verwaltungsbehörde, unter Umständen auch ein besonderes Spruchkollegium, bestehend aus dem Vorsitzenden des Wohlfahrtsamtes, einem Richter und dem beamteten Arzt, sein. Als Berufungsinstanz könne das Vormundschaftsgericht herangezogen werden. In Fällen von Selbstmordgefahr, verhängnisvoller Verschwendung, Mißhandlungen oder sonstiger Gemeinschädlichkeit, also bei Gefahr im Verzuge, ist die beschleunigte fürsorgliche Unterbringung auf amtlichen Antrag vorgesehen. Die Möglichkeit des freiwilligen Eintritts wird empfohlen, jedoch nur in Verbindung mit der zwangsweisen Zurückhaltung im Bedarfsfalle. Die Verquickung der Anstaltsbehandlung mit Entmündigung und anderen privatrechtlichen Beschränkungen, die Entziehung der elterlichen Gewalt, wird m. E. mit Recht widerraten. Die vom ärztlichen Standpunkte aus nicht erwünschte zeitliche Begrenzung der Zwangsbehandlung

Digitized by Google

wird aus taktischen Gründen für unerläßlich angesehen und die Fassung empfohlen: „Die Dauer der Unterbringung beträgt in der Regel 9—18 Monate, bei Rückfällen entsprechend mehr." Mit der zwangsweisen Anstaltsbehandlung müssen in dem Gesetz die Maßnahmen der offenen Fürsorge, Einsetzung einer Besserungsfrist, Verfügung des Eintritts in einen Abstinentenverein, Erteilung der Weisung, sich geistiger Getränke zu enthalten oder sich an einem bestimmten Orte oder bei einem bestimmten Arbeitgeber aufzuhalten, und Ernennung eines Beschützers möglichst organisch verbunden werden, so daß beim Versagen der Schutzaufsicht automatisch die zwangsweise Anstaltsbehandlung wieder eintritt. Durch die gesetzliche Regelung ist ferner die Einheitlichkeit gewisser Grundsätze bei Organisation und Beaufsichtigung der Trinkerheilanstalten zu sichern, so z. B. strengste Durchführung der Alkoholenthaltung, die Enthaltsamkeit des Leiters und des Pflegepersonals, Erziehung zu abstinenter Auffassung unter Verwertung systematischer Arbeit. Während die Oberleitung der Trinkerfürsorge in den Händen eines mit der Alkoholfrage vertrauten Arztes sein muß, können kleinere Anstalten von geeigneten „Hausvätern" oder anderen Laienvorstehern geleitet werden. Die Anstalten dürfen neben den Trinkern höchstens noch andere Süchtige, wie Morphinisten, Kokainisten, nicht aber zugleich Neurastheniker und andere Kranke aufnehmen. Die Trennung der Trinker nach Schwere der Erkrankung und Unbescholtenheit bzw. Kriminalität ist nach den Erfahrung der Schweizer Anstalten dringend erforderlich. Für die Verwahrung unheilbarer Trinker kommen, so lange besondere Verwahrungsanstalten, wie z. B. die Provinzialheilanstalt Brauweiler, nicht vorhanden sind, nur die Irrenanstalten in Betracht. Alle Maßnahmen zur Trinkerfürsorge außerhalb der Trinkerheilanstalten müssen von den Trinkerfürsorgestellen, die sich seit etwa 15 Jahren bewährt haben, einheitlich zusammengefaßt werden. Ihre Eingliederung in die durch die Reichsfürsorgepflichtverordnung vorgeschriebenen Fürsorgeorganisationen muß deshalb in dem Trinkerfürsorgegesetz gleichfalls vorgesehen werden. Die Kosten ihrer Unterhaltung müssen dabei von den Kommunen aufgebracht werden, während für die Anstalten künftig Mittel aus dem Spiritusmonopol bereitzustellen sind. Übrigens wird — m. E. mit Recht — darauf hingewiesen, daß der Betrieb einer Trinkerheilanstalt, wenn man auch nur durchschnittlich mit einem Drittel Heilungen rechnet, finanziell Beachtliches leisten wird. Neben der Entlastung der Krankenhäuser und Irrenanstalten wird eine Einschränkung der Kriminalität, der Verarmung, der Krankheiten und Unfälle und eine Vermehrung der Steuerkraft der Bevölkerung erzielt werden. Endlich sind in das Gesetz Strafbestimmungen aufzunehmen für die wissentliche oder fahrlässige Verabreichung geistiger Getränke an Pflegepersonal einer Trinkerheil- oder Trinkerbewahranstalt, sowie an alle unter Trinkerfürsorge stehende Personen oder für ihre Verführung zum Alkoholgenuß, ferner für die Behinderung der Versorgung eines Trinkers, die Hilfe zum Entweichen aus einer Anstalt und sonstige gegen den Zweck des Gesetzes verstoßende absichtliche oder fahrlässige Handlungen.

Hans Roemer (Karlsruhe).

Degenerative psychopathische Zustände, Pathographien:

Persch, Reinhold: Über die erblichen Verhältnisse in Psychopathenfamilien. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 83, H. 1/2, S. 1—37. 1925.

Verf. sucht an einem größeren Psychopathenmaterial festzustellen, inwieweit die „Schizoiden" auch unter den außerhalb der Familien Schizophrener stehenden Psychopathen zu finden sind, welche Arten von Erbkreisen sich unter diesen aufstellen lassen. Die schizoiden Psychopathieformen fehlten unter diesen Psychopathengruppen. Verf. fand bei der Gruppe der Hysterie und der ihr verwandten hysterischen Veranlagung direkte und gleichartige Belastung in über 50%, dagegen nie schizoide oder cycloide Züge bei den Ascendenten, was gegen die Ansicht Bleulers und Kehrers zu sprechen scheint, wonach die Hysterie auf einer Durchmischung hypomanischer und schizoider Anlagen beruhen soll. Die hysterische Veranlagung und die hysteroiden Psychopathien wie auch die phantastische Veranlagung scheinen für sich einen eigenen Erbtypus darzustellen. — Auch der Kreis der Haltlosen hat in seiner Verwandtschaft nur gleichartige Anlagen aufzuweisen, die sich direkt und dominant übertragen. Die haltlose Veranlagung stellt einen nicht weiter aufzuteilenden Grundtypus psychopathischer Veranlagung dar. Wo ausgesprochener Schwachsinn auftritt, wird er meist neben der haltlosen Anlage getrennt vererbt. Bei den „spezifisch Haltlosen", d. h. Süchtigen, wird jede Art spezifischer Haltlosigkeit für sich gesondert auf die Nachkommenschaft übertragen. So wird bei einer besonderen Gruppe der Alkoholsüchtigen, bei der die Alkoholsucht eine spezifische Haltlosigkeit darstellt, die Süchtigkeit von Generation auf Generation übertragen. Wo hier noch andere abnorme Anlagen festzustellen waren, ließen sich ihre Wurzeln getrennt von der Veranlagung zum Alkoholis-

Digitized by Google

mus in der Ascendenz nachweisen; nie kam es zu einer Verschmelzung beider Anlagen zu einer neuartigen dritten. — Die Ergebnisse des Verf. widersprechen den Kretschmerschen Anschauungen, wonach alle Psychopathen in Schizoide und Cycloide aufgeteilt werden. Sie stimmen dagegen in den Hauptpunkten mit den Anschauungen Kleists überein. *W. Runge* (Chemnitz).

Abraham, Karl: Die Geschichte eines Hochstaplers im Lichte psychoanalytischer Erkenntnis. Imago Bd. 11, H. 4, S. 355—370. 1925.

Analyse eines Hochstaplers, der früher vielfach kriminell geworden, seit mehreren Jahren einen vollkommenen Umschwung in seinem sozialen Verhalten zeigte. Der Patient, der als unwillkommener Spätling die Liebe der Eltern entbehrt hatte, mußte „unter einer inneren Nötigung sich allen Menschen ‚liebenswürdig', d. h. ihrer Liebe würdig zeigen", um sie dann zu enttäuschen und so Rache an ihnen zu nehmen. Der Umschwung kam dadurch zustande, daß er die Liebe einer Frau gewann, die ihm „die mütterlich-fürsorglichen wie erotischen Gefühle einer Mutter-Vertreterin" zuwandte, die er in seiner Kindheit entbehrt hatte. Abraham folgert aus dem Fall — zweifellos mit einem gewissen Recht —, daß wir die hereditäre Belastung in ihrer Bedeutung für die Entstehung krimineller Antriebe nicht überschätzen sollen, aber daß die Wirkung frühester „psycho-sexueller" Eindrücke, auf die A. den Charakteraufbau gründen möchte, in ihrer Spezifität durch die Anlage schon mitbestimmt ist, scheint er nicht gesehen zu haben. *Storch* (Tübingen).

Podolsky, Edward: Cruelty and the sexual emotion. (Grausamkeit und Sexualtrieb.) Urol. a. cut. review Bd. 29, Nr. 10, S. 581—583. 1925.

Mit einigen Beispielen aus Literatur und Geschichte belegt der Verf. seine nichts Neues bringenden Ausführungen über Zusammenhänge zwischen Sexualtrieb und Grausamkeitsakten. *Bluhm* (Berlin).

● **Steiner, Maxim.: Die psychischen Störungen der männlichen Potenz. Ihre Tragweite und ihre Behandlung. Mit einem Vorwort v. Sigm. Freud. 3., umgearb. Aufl.** Leipzig u. Wien: Franz Deuticke 1926. XII, 59 S. RM. 2.40./ S. 3.60.

Die in 3. Auflage erschienene Monographie, die mit einem Vorwort von Freud versehen ist, berücksichtigt die neuere psychoanalytische Literatur bis in die letzten Jahre. Sie steht selbst ganz auf dem psychoanalytischen Standpunkt, vernachlässigt aber die organischen Ursachen der männlichen Impotenz keineswegs. Ätiologisch teilt Verf. die Störungen der Potenz in drei große Gruppen, je nachdem die Disposition angeboren, in der frühesten Kindheit oder erst im Laufe des späteren Lebens erworben wurde. Zu der 1. Gruppe gehören somatisch schwächliche, minderwertige, dabei normal oder übernormal intelligente Kinder mit sexueller Frühreife. Zur zweiten rechnet Verf. diejenigen Kinder (bis zum 6. Lebensjahr), bei denen eine Fixierung auf der prägenitalen Stufe eintritt, d. h. die nach Ansicht der Freud-Schule für die Schaffung des „Primats der Genitalzone" notwendige infantile genitale Onanie durch irgendeine Hemmung (übermäßige Beachtung der Urethral- und Analfunktionen, zu intensive Pflege, Zärtlichkeiten oder Rohheiten) nicht zustande kommt oder bei denen durch Inzestscheu bzw. Kastrationsangst jene Disposition geschaffen wird. Die 3. Kategorie bilden Individuen, die infolge verdrängter homosexueller Neigungen, psychischer Traumen usw. sowie infolge von Anwendung irgendwelcher Abarten oder Surrogate des normalen Coitus oder infolge ungeeigneter Partnerinnen zur Impotenz kommen. Gemäß der Freudschen Schulmeinung nimmt Verf. an, daß die scheinbar nur aus aktuellem Anlaß Erkrankten stets einen Zusammenhang mit den infantilen Komplexen nachweisen lassen. Die Diagnose ist nicht immer leicht, da die Potenzstörungen nicht selten von so vielen „nervösen" Beschwerden überlagert sind, daß der Patient geneigt ist, den Arzt dauernd auf die falsche Fährte zu locken. Die ungünstigste Prognose geben die Fälle der ersten Kategorie. Für die 2. Gruppe gestaltet sich die Prognose dann günstig, wenn es gelingt, die im Unbewußten schlummernde, das Sexualleben beherrschende Vorstellung in die bewußte Empfindung zu rufen, während die Patienten der dritten Art ausnahmslos gute Aussichten haben. Hinsichtlich der Therapie stellt der Verf. natürlich die Psychoanalyse an die Spitze aller Maßnahmen, ist aber durchaus nicht einseitig. Sehr zutreffend und fein sind die Ausführungen über die individuelle und soziale Tragweite der Impotenz. *Villinger* (Hamburg).

Digitized by Google

Weygandt: Über pathologische Plastik. Ärztl. Ver., Hamburg, Sitzg. v. 1. XII. 1925.

Goethe beschrieb die Absonderlichkeiten der von ihm am 9. IV. 1787 besuchten Villa des Fürsten Palagonia bei Palermo. Heute stehen noch vor dem Portal und auf den den Schloßgarten umragenden Mauern etwa 80 Figuren in Marmor oder Muschelkalk, die meist ganz bizarre Fabelwesen und Mischgeschöpfe darstellen: doppelköpfige Drachen, eigenartige Zentauren und Sphinxe, tierköpfige Menschen, groteske Zwerge, fischschwänzige Weiber, gehörnte Männer, einen fünfäugigen Mann und eine dreibrüstige Frau usw., dazwischen auch normale Figuren, teils in antikem, teils in orientalischem Stil oder in Rokokko. Zeitgenossen erwähnen noch, daß in Polstersesseln Stacheln verborgen gewesen seien, daß Kronleuchter aus Porzellangegenständen zusammengesetzt seien usw. Ferner führten lange Balustraden zum Schloß, die mit ganz besonders bizarren Mischgebilden, gegen 600, besetzt waren. An sich würde die Neigung zu solchen Fabelwesen noch kein Zeichen für Irrsinn sein, haben doch alle möglichen Zeitalter solche konstruiert, die Ägypter, Inder, Babylonier, Perser, aber auch die Griechen und das ganze Mittelalter. Aber die eintönige Verwendung solcher Motive ist doch verdächtig. Beachtlich ist auch, daß der Fürst 800 000 Goldmark dafür ausgab, während er die Familie darben ließ. Er soll jedoch auch geglaubt haben, daß derartige Wesen noch in Afrika existieren, und den Wunsch gehegt haben, seine Frau möge von einem solchen Mißgebilde entbunden werden. Er war eine schmächtige, vertrocknete Erscheinung, wurde nach der Entmündigung außerordentlich fromm und sammelte später in den Straßen Palermos Gelder zum Freikauf von in afrikanischer Gefangenschaft schmachtenden Christen. Er soll zeitweise um sein Leben so ängstlich besorgt gewesen sein, daß er in Karrossen mit kupfernen Panzerplatten spazieren fuhr. Es handelt sich offenbar um einen Fall von Dementia praecox paranoides, der die Ausführung seiner krankhaften Ideen einer Reihe von Künstlern aufzwang.

Autoreferat.

Forensische Psychiatrie.

Stern, William: Sittlichkeitsvergehen an Kindern und Jugendlichen. Zeitschr. f. pädag. Psychol., exp. Pädag. u. jugendkundl. Forsch. Jg. 27, Nr. 1, S. 45—51 u. Nr. 2, S. 73—80. 1926.

Jugendliche Zeugen in Sexualprozessen zerfallen in die tatsächlich oder angeblich Beschädigten und in die Schau- oder Hörzeugen. Ein großer Teil der ersteren erweist sich infolge ungünstiger häuslicher Verhältnisse chronisch gefährdet. Sie sind es vor allem, die den Jugendämtern bekannt werden und daher schon statistisch erfaßt sind. Die Opfer häuslicher Verführung sind besonders Mädchen. Die in homosexuelle Kreise geratenen Knaben scheinen auffallend selten zu gerichtlicher Vernehmung zu gelangen. Die von Fremden gelegentlich zu Unsittlichkeiten verlockten oder gezwungenen Kinder sind meist rein passive Erdulder eines plötzlich über sie hereinbrechenden Schicksals. Gröberer Tatbestand wie eigentliche Vergewaltigung wird selten erlogen, höchstens von ausgesprochenen Psychopathen, die auch dem Richter auffallen. Der körperliche Befund dient als Kontrolle. Schwieriger ist die Erkennung illusionierter Übertreibungen an sich harmloser Liebkosungen durch Kinderfreunde. Eine weitere Klippe bedeutet die Wiedererkennung des Täters. Hat das Kind nur einmal flüchtig und im Affekt den Betreffenden gesehen, so reicht die angebliche Agnoszierung als einziges Kriterium für die Schuld des Angeklagten nicht aus. Mildere Sexualvergehen können an der Verständnislosigkeit des Kindes ohne bleibenden Schaden abgleiten. Stattgehabte Schockwirkung vermag ein dauerndes Trauma zu setzen. Grundsätzlich sollte das betreffende Kind so wenig wie möglich an das Erlebnis erinnert werden, um ein Vergessen oder Abreagieren zu ermöglichen. Ganz besonders verwickelt liegen die Verhältnisse da, wo ein Lehrer von den Schülern des Sexualvergehens bezichtigt wird. Der wahre Erzieher soll die Jugend lieben. Weil zwischen echter pädagogischer Liebe und einer sexuell gefärbten fließende Übergänge eine Stufenleiter bilden, besteht einmal für den Lehrer die Gefahr, daß er den fast unsichtbaren Trennungsstrich überschreitet, andererseits aber für Kind und Richter die Gefahr, daß harmlose Handlungen falsch gedeutet werden. Hier wird die Unterscheidung zwischen objektiver und subjektiver Unzüchtigkeit wichtig. Ferner ist zu bedenken, daß nur das jüngere Kind sich einfach zutraulich gibt, während mit Beginn der Pubertät die Periode des Schwärmens für Lehrer anhebt und sexuelle Triebe das Denken und Phantasieren beherrschen können. Ein

Digitized by Google

Schwelgen im Ausmalen lüsterner Tagträumereien erstreckt sich leicht auf die Beziehungen zum verehrten Lehrer. Bald wird mit selbstverständlicher Leichtgläubigkeit irgendein Wort oder Handlung erotisch gedeutet, bald wird das sehnsüchtige Wunschgebilde eigener Träumereien zur Erinnerung an ein vermeintliches Erlebnis. Sogar bewußte Lügenhaftigkeit aus Eitelkeit, Eifersucht, Rachsucht spielt eine Rolle. Ein einmal entstandenes Gerücht frißt weiter, schwillt und kann schließlich einen Unschuldigen vor den Richter bringen. Vage Erinnerungen an harmlose Wahrnehmungen wandeln sich im Laufe von Jahren, werden nachträglich sexualisiert, zumal wenn infolge aufgekommener Gerüchte über Verfehlungen eines Lehrers die von ihm Unterrichteten sich besprechen und von verängstigten Eltern, Schulrat, Polizei und Untersuchungsrichter ausgefragt werden. Dann fangen sie plötzlich an, sich „zu erinnern", und der Monstreprozeß ist fertig, in dem zahlreiche Jugendliche übereinstimmende Beschuldigungen erheben. Hier kann keine Hauptverhandlung mehr den Tatbestand von nachträglicher Sexualisierung und Massensuggestionswirkung sondern. Alles kommt darauf an, ob gleich in den ersten Stadien des Verfahrens die entscheidende Vernehmung durch psychologisch geschulte Personen erfolgte. Am ersten durchschaubar sind noch Jugendliche, die mit offener Schamlosigkeit über sexuelle Dinge reden und ihre Verderbtheit verraten. Gefährlicher sind die Verschlossenen, die höchstens mit Altersgenossen sexuelle Dinge erörtern, dagegen vor Erwachsenen den Eindruck der Unberührtheit erwecken. Sie werden fälschlich für wahrheitsliebend und wenig phantasievoll gehalten, obgleich sie sich vielleicht in einsamen Wunschträumereien den ausschweifendsten Sexualphantasien hingeben. Handelt es sich nicht um Erlebnisse eines einzelnen Kindes, sondern um gemeinsame Eindrücke vieler, so fühlt der einzelne Zeuge nicht mehr die starke individuelle Verantwortlichkeit, sich streng an das Wahrgenommene zu halten, sondern läßt sich tragen von der Welle der allgemeinen Aufregung und glaubt, selbst gesehen zu haben, was übertriebene Gerüchte behaupten. Übereinstimmende Wiederholung der gleichen Bekundung ist dann kein Beweis der Tatsächlichkeit. Dem Ursprung der Kollektivgerüchte muß nachgegangen werden, um den Urheber zu entdecken. Ein sittlich verdorbener Schüler, der überall Unzüchtigkeiten wittert, kann leicht andere überreden, das Gleiche zu „sehen". Das Gerücht ist da, und hat sich einmal solche Verdachtsatmosphäre um einen bestimmten Menschen gesammelt, so wird es schwer, sich ihr zu entziehen. Wer in ihr atmet, glaubt plötzlich, für früher Gehörtes und Gesehenes den Schlüssel zu finden. Den dazu eingestellten Knaben verführt die Schaulust, zu sehen, was er sehen möchte. Hysterische Angst, von einem Manne verfolgt zu werden, überträgt sich von einem Mädchen zum anderen und trübt die Zuverlässigkeit der Beobachtungen. Endlich beeinflußt der blinde consensus omnium sogar den ahnungslosen Richter. *Raecke* (Frankfurt a. M.).

Das Konstitutionsproblem, Erblichkeits- und Rassenforschung.

Draper, George: The influence of sex upon the constitutional factor in disease. (Der Einfluß des Geschlechtes auf den Anlagefaktor bei Krankheiten.) (*Dep. of the practice of med., Presbyterian hosp. a. Columbia univ., New York.*) New York state journ. of med. Bd. **25**, Nr. 25, S. 1065—1070. 1925.

Statistische Untersuchungen auf Grund des Materiales der Klinik für Konstitutionsforschung am Presbyterian Hospital in Neuyork haben dem Verf. gezeigt, daß die zwischen den beiden Geschlechtern bestehenden großen Unterschiede der Anfälligkeit mit Krankheit eine gewisse Gesetzmäßigkeit erkennen lassen. Er unterscheidet 4 Gruppen: 1. Krankheiten, bei denen die Verschiedenheit der Anfälligkeit bedingt ist durch die größere Aussetzungsgefahr der Männer. 2. Krankheiten, bei denen die Verschiedenheit der Anfälligkeit nicht auf solche äußeren Zufälligkeiten zurückgeführt werden kann, wie etwa Keuchhusten und Krebs für das weibliche und Poliomyelitis für das männliche Geschlecht. 3. Krankheiten, bei denen das Geschlecht einen direkten Anlagefaktor für die Anfälligkeit in sich birgt (endokrine Störungen,

Digitized by Google

chronisch-rheumatische Erkrankungen, Korsakowscher Symptomenkomplex usw.). 4. Krankheiten, deren Vererbung im einen Geschlechte dominant, im anderen recessiv ist. Die statistisch erweisbare größere Anfälligkeit des männlichen Geschlechtes ist nicht allein auf die stärkere Gefährdung durch äußere Zufälligkeiten, Alkohol und Syphilis zurückzuführen. Mangelnde sexuelle Differenzierung ist ein wichtiger Faktor für die größere Anfälligkeit. Denn gerade die so mißbildeten Individuen unterliegen in stärkstem Maße den Krankheitsformen, für die ihr Geschlecht stärker anfällig ist. Dabei sind die Typen, die zu einer bestimmten Erkrankungsform besonders neigen, bei den beiden Geschlechtern oft völlig verschieden voneinander. Individuen, welche an einer Krankheitsform leiden, die bei dem anderen Geschlechte häufiger vorkommt, zeigen vielfach eine unvollkommene Differenzierung ihrer eigenen Geschlechtscharaktere. Das Geschlecht faßt Verf. als eine grundlegende Eigenschaft der Protoplasmastruktur auf und meint, daß die Anfälligkeit für Krankheiten sich vielfach ähnlich wie die sekundären Geschlechtscharaktere verhalte. *Reiss* (Dresden).

Hannes, Walther: Einiges über weibliche Konstitutionstypen. Med. Klinik Jg. 21, Nr. 48, S. 1793—1796. 1925.

Auch der Gynäkologe soll über das lokale Leiden hinaus den Körperbau und die Konstitution seiner Patienten beachten. Wichtig sind hier besonders der asthenische und der infantil-hypoplastische Habitus, sofern sie einen hohen Prozentsatz der Fälle mit Menstruationsstörungen, Fluor, Enteroptose, Chlorose, Uterushypoplasie stellen. *Kretschmer* (Marburg).

Rosenthal, Curt: Vielgestaltigkeit der Beziehungen zwischen weiblicher Genitalfunktion und psychischen Ausnahmezuständen innerhalb einer Sippschaftsgruppe. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Breslau.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **76**, H. 4, S. 642—648. 1926.

In der vom Verf. geschilderten Sippe bestehen offensichtliche Beziehungen des weiblichen Genitalapparates zu psychischen Störungen der verschiedensten Art (Schizophrenie, Angstpsychosen, klimakterielle Angstverstimmungen leichterer Art, neurotische Angst vor der Schwangerschaft, läppisch-gereizte Verstimmung bei einer Debilen). Es handelt sich in dieser Familie (in der übrigens auch noch vereinzelte psychische Ausnahmezustände ohne Beziehung zur Geschlechtsfunktion vorkommen) wohl nicht nur um eine vererbte allgemeine psychische Labilität, sondern vielmehr um eine ebenfalls mit der Erbmasse übermittelte spezifische Ansprechbarkeit des psychischen Apparates auf endokrine Reize, die vom weiblichen Genitalsystem ausgehen. *H. Hoffmann* (Tübingen).

Heinonen, Oskar: Über Schielen und Konstitution. Acta ophth. Bd. **3**, H. 1/2, S. 78—92. 1925.

100 Schielfälle werden in bezug auf Ernährungszustand, Körperbau, nervöse Symptome, lymphatische Erscheinungen und sogenannte Degenerationszeichen der schielenden Kinder mit gesunden Kindern derselben Schule verglichen. Es zeigt sich, daß die genannten Befunde bei schielenden Kindern deutlich öfter erhoben werden. Ein Vergleich einiger Körpermaße ergibt keine Unterschiede der Mittelwerte, hingegen eine größere Vielgestaltigkeit der gemessenen Merkmale bei schielenden Kindern (die Angabe der Fehler der kleinen Zahl in den Tabellen wäre wünschenswert gewesen). *W. Scheidt* (Hamburg).

Ssucharewa, G. E., und S. W. Ossipowa: Materialien zur Erforschung der Korrelationen zwischen den Typen der Begabung und der Konstitution. (*Sanatoriumschule, psychoneurol. Kinderklin., Moskau.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **100**, H. 4/5, S. 489—528. 1926.

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Frage der Korrelation zwischen spezieller Begabung und den Kretschmerschen Konstitutionstypen. Verff. haben außerdem den Versuch gemacht, die von Ewald gegebene Charakterformel praktisch anzuwenden. Bei den schizoiden Psychopathen fand sich motorische Unzulänglichkeit, zum Abstrakten und Schematischen neigendes Denken, ausgesprochene Insuffizienz der Leitungsfähigkeit; ferner musikalische und literarische Begabung; gutes Rhyth-

Digitized by Google

musgefühl, aber mangelnde Fähigkeit, den Rhythmus in Bewegung wiederzugeben; endlich graphische Begabung im Sinne des schöpferischen Künstlertums; sehr schlecht war in der Regel die technische Fähigkeit ausgebildet. Unter den Zykloiden und Syntonen dagegen war eine übernormale motorische Begabung vorhanden; ferner eine harmonische Kombination der Charakterformel, Insuffizienz nur bezüglich der Retentionsfähigkeit bei den Typen mit Haltlosigkeit; technische Begabung und graphische Begabung im Sinne der zeichnerischen Technik; rhythmische Begabung; endlich konkretes realistisches Denken. Bei der Hysterie und den reaktiv-labilen Psychopathen war die motorische Begabung übernormal; die Charakterformel zeigte erhöhte Eindrucksfähigkeit; von den einzelnen Arten der Begabung stand an erster Stelle schauspielerische Begabung, Neigung zum Dramatischen und die Fähigkeit zur Rhythmik. Eine Anzahl übersichtlicher Tabellen und Kurven sind beigegeben. — Die Ergebnisse dieser Arbeit, die auf gründlichen Untersuchungen aufbaut, sind außerordentlich interessant und anregend. Derartige Korrelationsuntersuchungen sollten an einem umfangreichen Material nachgeprüft und in größerem Stil fortgesetzt werden.

H. Hoffmann (Tübingen).

Mjöen, Jon Alfred: Zur Erbanalyse der musikalischen Begabung. (*Winderen Laborat., Oslo.*) Hereditas Bd. 7, H. 1, S. 109—128. 1925.

Untersuchungen über den Erbgang der musikalischen Begabung ergaben innerhalb der untersuchten Personen: daß unbegabte Eltern nie sehr begabte Kinder, sehr begabte Eltern nie unbegabte Kinder haben. Je höher der Begabungsdurchschnitt der Eltern, desto höher ist der Begabungsdurchschnitt der Kinder. Bei geringer Divergenz der Eltern steht der Begabungsdurchschnitt der Kinder über dem der Eltern, bei zunehmender Divergenz sinkt der Begabungsdurchschnitt der Kinder, so daß bei großer Divergenz der Eltern der Begabungsdurchschnitt der Kinder unter dem der Eltern steht. Demnach scheint großer Begabungsunterschied bei den Eltern einen ungünstigen Einfluß auf den Begabungsgrad der Kinder auszuüben. Bei zunehmender Divergenz der Seitenlinien sinkt der Begabungsdurchschnitt der Kinder. Seitenlinien mit hohem Begabungsdurchschnitt heben den Begabungsdurchschnitt der Kinder, Seitenlinien mit niederem Begabungsdurchschnitt senken den der Kinder. Eltern und Seitenlinien sind im Querschnitt gleich dazu geeignet, die Fähigkeiten der Kinder zu erklären. Ehen zwischen Individuen verschiedener musikalischer Begabung sind seltener als Ehen zwischen Individuen gleicher musikalischer Begabung. Die Antwort auf die Frage, inwiefern sich die musikalische Begabung in ihrem Erbgang dominant, intermediär oder recessiv verhält, richtet sich in erster Linie nach der Definition und Umgrenzung der Begriffe „musikalisch" und „unmusikalisch".

Erwin Straus (Berlin-Charlottenburg).

Fürst, Th., und Fr. Lenz: Ein Beitrag zur Frage der Fortpflanzung verschieden begabter Familien. (*Hyg. Inst., Univ. München.*) Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiol. Bd. 17, H. 4, S. 353—359. 1926.

Verfasser haben ihrer Untersuchung Erhebungen an 809 Münchener Fortbildungsschülern zugrunde gelegt. Als Maßstab der Begabung galt die in der Fortbildungsschule erreichte Durchschnittsnote. Das Material gliedert sich in eine Gruppe A von 500 Schülern, die sich auf einen gelernten Beruf vorbereiteten, und in eine Gruppe B von 309 Schülern, die sich keinem gelernten Beruf zuwenden wollten. Letztere Gruppe zeigte eine geringere Durchschnittsnote. Die Väter der Schüler aus Gruppe B waren in der Regel auch ungelernte Arbeiter, die Väter von Gruppe A dagegen zum größten Teil gelernte Arbeiter, zum kleinen Teil kaufmännische Angestellte und untere Beamte. Bemühungen, geeignete junge Leute aus Gruppe B zur Vorbereitung auf einen gelernten Beruf zu veranlassen, waren nur ausnahmsweise von Erfolg. Die Zusammensetzung der Gruppe B erschien in konstitutioneller und sozialer Hinsicht beträchtlich ungünstiger als die der Gruppe B. — Korrelationsuntersuchungen ergaben keine Korrelation zwischen körperlicher Tüchtigkeit und Kinderzahl der Eltern. Die Korrelation

Digitized by Google

zwischen geistiger Tüchtigkeit und Kinderzahl war ausgesprochen negativ; ein Tatbestand, der für die Zukunft der Rasse als verhängnisvoll zu werten wäre.

H. Hoffmann (Tübingen).

Hoffmann, Hermann: Das sogenannte Gesetz der progressiven Entartung. (*Klin. f. Gemüts- u. Nervenkrankh., Univ. Tübingen.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **101**, S. 158—170. 1926.

Daß progressive Entartung vorkommt, läßt sich nicht in Abrede stellen. Gesetzmäßigkeiten sind nicht nachzuweisen. Die progressive Entartung läßt sich in manchen Fällen vielleicht als zufälliges Kreuzungsprodukt aus entarteten Anlagen und als Inzuchtsergebnis erklären. Regeneration ist ohne Zweifel vielfach zu beobachten.

Eugen Kahn (München).

Vogt, Oskar: Psychiatrische Krankheitseinheiten im Lichte der Genetik. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **100**, H. 1, S. 26—34. 1925.

In diesem theoretisch interessanten Aufsatz werden vom allgemeinen biologisch-genetischen Standpunkte aus die Begriffe der Variationen an der Hand empirischer Tatsachen abgehandelt und die Bedingungen, unter welchen Variationen zu reellen Sippen führen. Diese Begriffe lassen sich auch auf die Krankheiten als solche übertragen und die krankhaften Änderungen der Lebensprozesse können als eine besondere Form von Variationen angesehen werden. Auch bei den Psychosen lassen sich alle Merkmale nachweisen, die für die Genen- und Somavariationen charakteristisch sind. Die Psychosen stellen reelle Sippen dar, die als Krankheitseinheiten zu gelten haben.

A. Jakob (Hamburg).

Hanhart, Ernst: Über heredodegenerativen Zwergwuchs mit Dystrophia adiposo-genitalis an Hand von Untersuchungen bei drei Sippen von proportionierten Zwergen. (*Med. Poliklin., Zürich.*) Arch. d. Julius Klaus-Stiftung f. Vererbungsforsch., Sozialanthropol. u. Rassenhyg. Bd. **1**, H. 2, S. 181—257. 1925.

Verf. berichtet über seine ausgedehnten, mühevollen und höchst interessanten Forschungen über heredodegenerativen Zwergwuchs aus drei verschiedenen Inzuchtsgebieten. In allen 3 Sippen handelte es sich um wohlproportionierte Zwerge mit übereinstimmendem Habitus (im ganzen 27 Fälle). Bei der Geburt waren die Zwerge von normaler Größe, die Wachstumshemmung trat erst nach einem Intervall von $1^1/_2$—6 Jahren auf. Die Zwerge, die jeweils einen einheitlichen Sippschaftscharakter erkennen ließen, zeigten alle das charakteristische Bild der Dystrophia adiposo-genitalis mit rudimentärer Ausbildung der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale. Psychisch waren manche debil und affektschwach, viele aber normal intelligent, scheu, schamhaft und dabei sehr geltungssüchtig. Es fehlten durchweg Störungen von seiten des Zentralnervensystems. Die Ätiologie dieses Zwergwuchses ist Heredität. Es handelt sich wohl um eine monohybrid recessive Vererbung, bei der die Erbanlage (vermutlich Folge einer Verlustmutation) zunächst unpaarig, latent übertragen wird; erst bei paariger Vereinigung entsteht der Zwergwuchs. Verf. ist der Meinung, daß der Sitz der Wachstumshemmung nicht, wie er früher annahm, in der Hypophyse, sondern in einem trophischen Zentrum in den benachbarten Teilen der Hirnbasis (Zwischenhirn) zu suchen sei. Diese Ansicht wird im einzelnen näher begründet. Der heredodegenerative genitodystrophische proportionierte Zwergwuchs ist als reiner, einheitlicher und scharf abgegrenzter Typus zu bezeichnen, der sich von anderen Zwergwuchsformen in vieler Hinsicht unterscheidet. Der Arbeit sind eine größere Anzahl von Abbildungen beigegeben, die uns diesen Zwergtypus gut veranschaulichen. Außerdem finden sich am Schluß die genauen somatologischen Maße und die ausführlichen Stammbäume der 3 Sippen. Diese klinische und geneologische Untersuchung ist im wahren Sinne des Wortes mustergültig angelegt und durchgeführt. *Hoffmann.*

Gaupp, Robert: Die Unfruchtbarmachung geistig und sittlich Minderwertiger. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **100**, H. 2/3, S. 139—181. 1926.

Vgl. dies. Zentrlbl. **43**, 121.

Digitized by Google

Verlag von Julius Springer in Wien I

Kriminologische Abhandlungen

Herausgegeben von

Professor Dr. W. Gleispach

Vorsteher des Instituts für die gesamte Strafrechtswissenschaft und Kriminalistik der Universität Wien.

Die „Kriminologischen Abhandlungen" sollen der Veröffentlichung von Arbeiten aus dem gesamten Gebiet der Kriminologie dienen. Der Inhalt erstreckt sich demgemäß auf das Gebiet der Ursachenlehre, Erscheinungslehre, Kriminalistik, Kriminalbiologie, Kriminalpsychologie, gerichtlichen Medizin, gerichtlichen Psychiatrie, Kriminalstatistik und Kriminalpolitik.

*

Soeben erschienen:

Heft I:

Das Wahrsagen

Von

Privatdozent **Dr. Hubert Streicher**

ord. Assistent am Institut für die gesamte Strafrechtswissenschaft und Kriminalistik der Universität in Wien.

*

Mit 19 Abbildungen und 5 Tabellen.

162 Seiten. Preis: RM 9.60.

*

Inhaltsübersicht:

I. Der Begriff „Wahrsagen". — II. Die geschichtliche Entwicklung. — III. Die Wahrsagemethoden. — IV. Die Psychologie des Wahrsageglaubens. — V. Die subjektive Psychologie. — VI. Die objektive Psychologie. — VII. Die Bekämpfung des Wahrsagens. — Literaturverzeichnis. Sachverzeichnis.

Heft II:

Das Schmerzproblem und seine forensische Bedeutung

Von

Dr. jur. et med. **Rudolf Michel**

Privatdozent für gerichtl. Medizin a. d. Universität Graz.

*

141 Seiten. Preis: RM 6.90.

*

Inhaltsverzeichnis:

Einleitung. — I. Physiologie und Psychologie des Schmerzes. — II. Schmerzausdruck und Schmerzwirkungen. — III. Symptomatologie der Schmerzen. — IV. Die gerichtsärztliche Beurteilung der Schmerzen. — V. Schmerzkasuistik. — VI. Schmerzen bei Vergiftungen. VII. Schmerzsimulation. — VIII. Schmerzperversion. — Literaturverzeichnis. — Erklärung der Fachausdrücke für den Nichtmediziner.

Die Sammlung wird fortgesetzt.

Digitized by Google

Sanatorium Liebenstein DDr. Eichler-Seige
(vorm. Dr. Fülles' Sanatorium) Bad Liebenstein (Thür. Wald) / Fernruf Nr. 8
Klinisch geleitetes Sanatorium für innere und Nervenkranke
Kurmittel des kohlensauren Stahlbades Liebenstein (243)
Besitzer und leitende Ärzte:
Dr. Seige, Facharzt für Nervenkrankheiten / Dr. Eichler, Facharzt für innere Krankheiten

Kuranstalten Westend (vorm. Dr. Weiler – Dr. Schlomer's Kuranstalten)
Ulmenallee Nr. 35, Nußbaumallee Nr. 30 und Nr. 38
Fernsprecher: Amt Westend Nr. 506 und 507
Getrennte Häuser u. Villen für Nerven- u. Gemütskranke, Morphinisten u. Erholungsbedürftige
Geh. Rat Prof. Dr. **Henneberg** Dr. **Schlomer** (223) Dr. **Möllenhoff**

Sanatorium Berlin-Lichterfelde (Ost)
vormals Geh. San.-Rat Dr. Goldstein
Jungfernstieg 14
Für Nervenkranke u. Erholungsbedürftige. Behandlung aller Nervenkrankheiten. Elektrotherapie. **Morphium-Entziehung.** — **Mäßige Preise.** — Telephon Lichterfelde 2020. — 16 Minuten ab Potsdamer Bahnhof. Herrliche Parkanlagen. **Dr. Martin Goldstein** (244)

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9
Soeben erschien: **Alkohol und Volksgemeinschaft.** Drei Vorträge Rostocker Hochschullehrer, gehalten auf Einladung der Rostocker Studentenschaft am 19. Mai 1925. 36 Seiten mit 3 Abbildungen. RM 0.75

QUADRONAL
bei fast allen Krankenkassen zugelassen
Rp. Phenyldimethylpyrazolon. Oxyäthylacetanilid. Lactyl-p-Phenetidid. Coffeinum pur.
Packungen: 20×0,5 10×0,5 Spitalpackungen
Höchste Wirksamkeit bei:
Migräne, Anfällen von Gicht, Ischias, rheumatischen Beschwerden, Nervenentzündungen, nervöser Abspannung, Menstruations-Beschwerden, Trigeminus-Beschwerden, Schnupfen, Erkältungskrankheiten und Grippe.
Proben und Literatur kostenlos
Asta-Werke A.-G., Chemische Fabrik Brackwede in Westfalen
Wir sind gleichzeitig Hersteller von **Dr. Kipper's Emulsion,** die von Fachleuten anerkannt wird und die schmackhafteste sein soll, die bisher existiert. Lassen Sie sich Geschmacksprobe und Literatur kommen.

Hierzu zwei Beilagen vom Verlag Julius Springer in Berlin W 9

Digitized by Google

Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig

BAL. AUG 16 1926

ZENTRALBLATT FÜR DIE GESAMTE NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE

REFERATENTEIL DER ZEITSCHRIFT FÜR DIE GESAMTE NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE UND FORTSETZUNG DES VON E. MENDEL BEGRÜNDETEN NEUROLOGISCHEN CENTRALBLATTES
REFERATENBLATT DER GESELLSCHAFT DEUTSCHER NERVENÄRZTE
OFFIZIELLES ORGAN DER BERLINER GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND NERVENKRANKHEITEN

REDIGIERT VON

R. HIRSCHFELD, BERLIN — K. MENDEL, BERLIN — W. SPIELMEYER, MÜNCHEN

SCHRIFTLEITUNG: R. HIRSCHFELD, BERLIN W 9, LINKSTR. 23/24

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9

BAND XLIII, HEFT 15
S. 833—912

15. JULI 1926

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY

Autorenverzeichnis.

(Die Zahlen beziehen sich auf die Seiten.)

Acuña, Mamerto 849.
Adams, John D. 847.
Albrecht, O. 835, 901.
Alexander 855.
Alexander, W. Alister 863.
Alfes, H. 857.
Alpern, Daniel 839.
Ammosov, M. 853, 875.
Arlt, Benno 876.
Aschaffenburg, Gustav 890.
Balduzzi, O. 886.
Barrancos, Aristides 859.
Bassoe, Peter 853.
Beck, A. 877.
Benon, R. 881.
Berliner, B. 844.
—, Max 892.
Bleuler, E. 884.
Blum, Kurt 872.
Blumenthal, A. 850.
Bojovitch, Voukota 880.
Bolaffio, Michele 868.
Bondy, Curt 888.
Bonfiglio, Francesco 877.
Bonhoeffer 901, 903.
Bostroem 907, 908, 910.
Boulanger, Alfred 869.
Braun 911.
Breukink, H. 847.
Broemser, Ph. 841.
Brunner, Robert 890.
Bumke 908.
Burr, Charles W. 854.
—, H. S. 840.
Buzzard, E. Farquhar 848.
Casaubon, Alfredo 849, 866.
Cohn, Toby 903.
Colella, Cataldo 875.
Conighi, Riccardo 884.
Creutzfeldt, Hans Gerhard 884, 901, 902.
Cushing, Harvey 865.
Darder, Ventura C. 847.
Delater, G. 866.
Derman, G. L. 858.
Derr, John S. 861.
Dowman, Charles Edward 864.
Dunphy, Edwin Blakeslee 871.
Duzár, J. 854.
Dworak, Karoline 856.
Ebbecke, U. 848.
Eckstein, A. 867.
Economo, C. v. 883.
Eggert, K. 857.
Eliasberg, W. 846.
Famiglietti, Giuseppe 876.
Feldmann, Ernst 868.
Fetscher, R. 888.
Fischer, Max 897.
Flury, Ferdinand 874.
Fordyce, John A. 840.
Frensdorf 878.
Fried, B. M. 858.
Frohböse, H. 877.
Frumkin, J. P. 883.
Ganahl, Arnold 889.
Garmendia, Francisco S. 847.
Gilarowsky 882.
Glamser 875.
Glassburg, John A. 856.
Goldbladt, Hermann 885.
Graven 887.
Günther, Hans 892.
Guillain, Georges 872.
Gurewitsch, M. 891.
Guttmann 910.
Hackenbroch, M. 848, 849.
Hassin, G. B. 853.
Haupt, Johannes 847.
Heine, L. 860.
Henner, K. 861.
Hernandez Ramirez, Rafael 859.
Herschmann, Heinrich 889.
Herz, E. 883.
Hetzel, K. S. 866.
Heyer, G. R. 864.
Hilpert, Paul 882.
Hirsch, Max 894.
Hirst, Barton C. 844.
Hölzel-Haar 907.
Hogben, Lancelot T. 843.
Holmes, Barbara Elizabeth 887.
—, Eric Gordon 887.
Holst, W. v. 899.
Horrax, Gilbert 857.
Hoven van Genderen, Jeanne van den 874.
Jacobsohn-Lask 901, 903.
Jahnel, F. 850, 906.
Jirásek, Arnold 862.
Insabato, Luigi 860.
Joest, E. 851.
Josephs, Hugh 878.
Isenschmid, R. 838.
Kahn 908.
Kalischer, S. 904, 905.
Keller, Koloman 856.
Kockel, R. 891.
Kolb 895.
Kollaritz, Jenö 846.
Koževnikov, A. 861.
Kraepelin 907, 909.
Kramer 903.
Krasnogorski, N. J. 885.
Krauss, R. 888.
Krivy, Miroslav 861.
Kure, Shuzo 898.
Kyriako, N. 855.
Lafora 853.
Laignel-Lavastine 855.
Lange 908, 909.
Langelüddeke, Albrecht 880.
Laqueur, A. 843.
Larini, Domenico 877.
Léchelle, P. 871, 872.
Lehoczky-Semmelweiss, Koloman v. 854.
Leibbrand, W. 843.
Lévy, Gabrielle 855.
Ley, Rodolphe 837.
Lhermitte, Jean 855, 872.
Liek, E. 866.
Lindtrop, G. 875.
Linke 898.
Loewy, A. 845.
Lopez Albo, Wenceslao 835.
Luxenburger, Hans 894.
McConnell, W. J. 874.
Magni, Luciano 852.
Mahaim, Ivan 853.
Mapother, Edward 898.
Margulis, M. S. 870.
Marlow, F. W. 866.
Mazzanti, Carlo 880.
Mella, Hugo 843.
Merkel, Hermann 834.
Mezger, Edmund 887.
Mezzatesta, F. 866.
Milone, Giuseppe 863.
Missriegler 887.
Molitoris, Hans 873.
Mommer, E. 867.
Montaud, Raul de 850.
Morgenthaler, W. 880.
Morselli, Giovanni Enrico 855.
Muratori, Enzo 862.
Myers, C. N. 840.
Mylius, K. 876.
Naccarati, Sante 892.
Neubürger, Karl 881, 911.
Nuelle, Maria 867.
Offermann, Arno 840.
Omorokow, L. I. 838.
Ostertag 899, 901.
Panconcelli-Calzia, G. 863.
Pelewin, M. 853.
Pellacani, G. 893.
Peritz, G. 864, 905.

Das Registerheft erscheint in etwa 6 Wochen.

Digitized by Google

Péron, N. 872.
Pienkowski, Stefan 852.
Pires, Waldemiro 871.
Plaut, F. 906.
Pötzl, O. 878.
Pokorny, Franz 865.
Quast, Gerhard 875.
Raab, W. 837.
Rein, Oscar 897.
Riva, Giovanni 863.
Romano, Anacleto 898.
Rosen, Isadore 840.
Rossiysky, D. M. 864.
Ruhemann, Ernst 841.
Sachs, Ilse 904, 905.
Sacristán, José M. 881.
Satanowsky, Paulina 887.
Sayers, Royd Ray 874.
Schneller, Julius 840.
Schroetter, Hermann v. 844.
Schultz, I. H. 846.
Schuster, P. 901.
Schwabe 896.
Schwartz, Ph. 884.
Schwarz, Fritz 873.
Schwerdtner, Hugo 887.
Scimone, Vittorio 868.
Scripture, May Kirk 856.
Serejski, Mark 883.
Shinosaki, Tetsushiro 869.
Shuman, John W. 859.
Simons 903.
Slonimskaja, W. 871.
Smith, Jens Christian 858.
Snavely, Marion E. 840.
Sosman, Merrill C. 859.
Stanquitz Cambilargiu, Maria 889.
Stelzner, Helene-Friderike [891.
Stertz, G. 883.
Steurer, O. 860.
Stiefler, G. 879.
Struthers, John W. 868.
Termeer, G. 868.
Thorek, Max 864.
Ticozzi, Ercole 876.
Timm, Carl 887.
Tobias, E. 844.
Tullio, B. di 881.
Undelt, J. 863.
Valence 855.
Vidoni, Giuseppe 888.
Villaverde, José Maria 872.
Vogt, Ragnar 898.
Wassiliev, J. 879.
Wawrzynowski, Michael 899.
Wegner, Arthur 889.
Weill, Jean 871.
Weiß, Theodor Bruno 844.
Wilckens, Hanns A. 851.
Wimmer, August 876.
Winocur, Perlina 866.
Wladyczko, Stanislas 879.
Wolff, Károly 859.
Worms, G. 866.
Yant, William P. 874.
Zeehandelaar, J. 846.

Inhaltsverzeichnis.

Referate.

Normale und pathologische Anatomie 833
Normale und pathologische Physiologie 837
Therapie 843
Spezielle Neurologie:
Meningen 849
Großhirn:
Encephalitis 850
Linsenkernerkrankungen, Dyskinesien . . . 853
Aphasie, Agraphie, Apraxie, Agnosie . . . 855
Hirngeschwulst, Hirnabsceß 857
Rückenmark und Wirbelsäule:
Rückenmarksgeschwülste 861
Wirbelsäule 863
Periphere Nerven:
Periphere Nervenlähmung, Neuritis, Herpes zoster, Nerventumoren 863
Stoffwechsel und endokrine Drüsen:
Allgemeines über innere Sekretion 864
Hypophyse, Epiphyse 865
Schilddrüse 866
Genitalorgane 868
Familiäre Erkrankungen, Myotonie . . . 869
Syphilis 870
Vergiftungen, Infektionen 872
Tetanus 875
Traumatische Nervenerkrankungen, Kriegsverletzungen 876
Nervenkrankheiten der Tiere 877
Spezielle Psychiatrie:
Epilepsie, Kinderkrämpfe 878
Schizophrenie 880
Verblödungsprozesse 881
Psychosen bei Allgemeinerkrankungen. Infektions- und Intoxikationspsychosen, Alkoholfrage 883
Paranoia. Querulantenwahnsinn 884
Psychogene Psychosen, Hysterie, Kriegsneurosen 885
Forensische Psychiatrie 887
Das Konstitutionsproblem, Erblichkeits- und Rassenforschung . . . 891
Anstaltswesen, Statistik, Allgemeines 895

Gesellschaftsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 899
Aus den wissenschaftlichen Sitzungen der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München 906

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9

Jahresbericht über die gesamte innere Medizin und ihre Grenzgebiete

Bibliographisches Jahresregister des Kongreßzentralblattes für die gesamte innere Medizin und ihre Grenzgebiete

Herausgegeben von der **Schriftleitung des Kongreßzentralblattes**

Vor kurzem erschien:

Sechster Band: Bericht über das Jahr 1923. 792 Seiten. RM 58.–

Digitized by Google

Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

Band XLIII, Heft 15 S. 833—912

Referate.

Normale und pathologische Anatomie.

Economo, C. v.: Eine neue Art Spezialzellen des Lobus cinguli und Lobus insulae. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **100**, H. 4/5, S. 706—712. 1926.

Im vorderen rostralen Teil des Gyrus cinguli in den tiefen Lagen der 5. Schicht und ebenso im Gyrus transversus insulae, besonders an dessen Kuppe und Windungskanten kommen normalerweise eigenartige bisher noch nicht bekannte Nervenzellen vor. Es handelt sich beim Erwachsenen um sehr langgestreckte, dabei äußerst schmale, stabförmige, radiärgestellte Zellen, die in weitausgezogene in der Längsrichtung laufende Fortsätze übergehen. Letztere können gespalten, manchmal auch korkzieherartig gewunden sein. Der Plasmaleib erscheint bei Nisslfärbung homogen, dunkel; am schmalen oblongen Kern ist kein Nucleolus zu erkennen. Die Zellen liegen meist zu 3 oder mehr parallel nebeneinander. Bei Silberimprägnation sind intracelluläre Fibrillen nachweisbar; auch der Achsenzylinder wird sichtbar, er geht von der Zellmitte horizontal ab. Beim Kinde sind die Zellen nicht ganz so schmal, Tigroidschollen sind vorhanden, im mehr ovalen Kern findet sich ein deutlicher Nucleolus, Fibrillen sind gut darstellbar. Die Gebiete, wo diese Zellen gefunden werden, gehören dem „agranulären Rindentyp I" an; dieser zeigt in den beiden Windungen beim Erwachsenen eine eigentümliche Tendenz aller Rindenzellen, schmale gestreckte Formen anzunehmen: „Verspindelung" der Ganglienzellen. Diese kommt bei den in der Jugend schon länglich spindelig geformten Spezialzellen besonders deutlich zum Ausdruck. — Zwischen der frontalen Inselrinde und dem vorderen Gyrus cinguli, die beide dem Riechhirn angehören, bestehen noch weitere Ähnlichkeiten, so besonders die deutliche Überentwicklung der 5. Schicht. Bezüglich des Gyrus cinguli nimmt Verf. an, daß er möglicherweise zu efferenten sympathischen Systemen in Beziehung steht; die anatomische Verwandtschaft der frontalen Inselpartien zu ihm lasse daran denken, daß hier vielleicht ähnliche Funktionen lokalisiert sind. *Neubürger* (München).

Omorokow, L. I.: Über die Entstehung der Corpora amylacea im Gehirn im Zusammenhang mit den Krystallisationsprozessen im Zentralnervensystem. (*Nerven- u. psychiatr. Klin., Univ. Tomsk.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **100**, H. 1, S. 109—122. 1925.

Verf. kommt zu folgenden Schlußfolgerungen über die Entstehung der Corpora amylacea: Corpora amylacea stellen sich nach ihrer chemischen Zusammensetzung nicht als gleichartige Körper auf allen Stufen ihrer Entstehung dar; die charakteristischen Reaktionen auf Jod und H_2SO_4 und die Bestsche Färbung stellen sich erst dann ein, wenn die Corpora amylacea endgültig formiert und im Gewebe frei liegen. Die Corpora amylacea entstehen aus der Substanz der Ganglienzellen und ihrer Fasern. In einigen sehr seltenen Fällen findet eine unmittelbare Verwandlung des Körpers der Ganglienzelle in die Corpora amylacea statt, welche dabei folgende Stadien passieren: Schwere Erkrankung des Kerns, seine Deformation und völlige Vernichtung; das Protoplasma schmilzt und bildet eine Reihe Körnchen und Schollen, welche sich prägnant mit basischen Anilinfarben dunkelblau färben. Dann kommt eine Schmelzung dieser Schollen in einzelne Tropfen myelinähnlicher Substanz, welche eine Metachromasie und mit Hämatoxylin dunkelblaue Färbung gibt. Dann kommt eine physikalische Veränderung der früher amorphen Massen zustande; eine prägnant ausgedrückte

Digitized by Google

Schichtung und Neigung zur Bildung sphärisch regelmäßiger Kügelchen tritt auf, wobei sich im Zentrum intensiv gefärbte Krystallhäufchen befinden — der Prozeß endet mit dem Auftreten typischer Corpora amylacea. Neben diesem Prozeß an den Ganglienzellen beobachtet man auch an den Nervenfasern analoge Veränderungen. Die Nervenfaser schwillt an einer Stelle in Form eines Zylinders oder Kügelchens an, schnürt sich ab und erleidet die analoge Umwandlung in ein Corpus amylaceum. In anderen Fällen, welche einen langsameren Verlauf haben, werden die Zerfallsprodukte der Ganglienzellen und Fasern durch Gliazellen erfaßt und machen innerhalb ihres Protoplasmas dieselben Veränderungen durch. Als Resultat gehen die Gliazellen zugrunde und die gebildeten Corpora amylacea erweisen sich im Gewebe freiliegend. In diesem Falle treten im Plasma der Gliazelle anfangs kleine homogene Tropfen auf, welche sich mit basischen Anilinfarben dunkelblau tingieren, dann fließen sie in größeren Tropfen zusammen und nehmen allmählich die typisch schichtige Gestalt an. Die Annahme ist möglich, daß in diesem Vorgang eine große Rolle die Chondriosomen der Nervenzelle und der Nervenfaser spielen.

(Nach der Ansicht des Referenten spricht allein schon die Tatsache, daß sich die Corpora amylacea am regelmäßigsten an jenen Stellen des Zentralnervensystems finden, die keine Ganglienzellen enthalten, gegen die hier niedergelegten Ansichten des Verf.) *A. Jakob.*

Conighi, Riccardo: Sopra alcune incrostazioni delle cellule nervose nel sistema nervoso centrale. (Über einige Inkrustationen der Nervenzellen im Zentralnervensystem.) (*Laborat. anat.-patol., istit. psichiatr., univ., Perugia.*) Ann. dell'osp. psichiatr. prov., Perugia Jg. **18**, H. 4, S. 27—41. 1924.

Conighi hat bei cerebraler Lues und bei der Drusenkrankheit der Hunde Inkrustationen der Ganglienzellen (neben Einlagerungen der Gliazellen) beobachtet. Sie erstreckten sich über die ganze Cerebrospinalachse, lokalisierten sich in den Ganglienzellen an der Oberfläche des Zellkörpers und der Fortsätze (nicht im Zell-Innern), in den amöboiden Gliazellen dagegen im Innern des Zellplasmas. Form, Zahl und Größe wechselte sehr je nach der Intensität der Zell-Erkrankung. Ihr feinerer Bau scheint homogen zu sein, größere Exemplare entstehen wohl aus der Vereinigung kleinerer Körnchen. Ihr chemischer Charakter ist ganz ungeklärt. Sie geben weder die Reaktion der Lipoide, noch die des Hämosiderins, des Amyloids, Hyalins, der Colloide, enthalten keine Kalksalze. *Wallenberg* (Danzig).

Merkel, Hermann: Beobachtungen über intravitale und postmortale Verschleppung von Gehirnsubstanz innerhalb des Gefäßsystems. (*Gerichtl.-med. Inst., Univ. München.*) Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. **7**, H. 2/3, S. 217—222. 1926.

Wie Organparenchymembolien überhaupt sehr selten sind, so ist Verschleppung von Hirnsubstanz erst einmal von Abrikossoff bei einem Neugeborenen beschrieben worden. Verf. konnte bei einem 47jährigen, durch schwere Kopfverletzung zugrunde gegangenen Mann schon makroskopisch weißgraue, markige Massen in den Gefäßen beider Lungen-Oberlappen nachweisen, die schon bei Lupenvergrößerung als Hirnsubstanz, bei genauer mikroskopischer Untersuchung als Kleinhirn zu erkennen waren. Sekundäre Thrombenabscheidung an der Oberfläche der Hirnmasse bewies die intravitale Verschleppung. Es bestand ein ausgedehnter gezackter Berstungsbruch der Schädelbasis und -kalotte mit Zertrümmerung der linken Kleinhirnhemisphäre und Riß der Dura und Einklemmung derselben im Hinterhauptssprung. Durch eine sonst nicht nachweisbare, durch diese Einklemmung vielleicht wieder geschlossene Sinuszerreißung muß die Embolisierung erfolgt sein. — In einem zweiten, im Zustand hochgradiger Fäulnis etwa 10 Tage p. m. sezierten Fall eines Ertrunkenen wurden in den Vv. jugulares, der oberen Hohlvene, dem rechten Vorhof und der rechten Kammer zerfallene Hirnmassen gefunden. Da keine Schädelverletzung vorlag, muß in diesem Fall durch die Fäulniserweichung und den Gasdruck eine Eröffnung von Venen erfolgt sein. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Schwartz, Ph.: Die Verfettungen im Zentralnervensystem Neugeborener. (*Senckenberg. pathol. Inst., Univ. Frankfurt a. M.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **100**, H. 4/5, S. 713—737. 1926.

In dieser Arbeit gibt Schwartz eine kritische Übersicht über die seit vielen Jahren diskutierte Frage der Bedeutung der fetthaltigen Zellen in der Substanz des zentralen Nervensystems bei Neugeborenen. Er hebt, entsprechend seinen Darlegungen in

Digitized by Google

früheren Arbeiten, von neuem hervor, daß „Verfettungsprozesse des Gehirns Neugeborener und junger Säuglinge, sowohl herdförmige als auch diffuse ... in der überwiegenden Mehrzahl durch traumatische Schädigung bei der Geburt verursacht" sind. Eine physiologische Bedeutung der Verfettung im Zusammenhang mit der Myelogenese lehnt Verf. strikt ab, wobei er sich insbesondere gegen die neuesten Arbeiten von Wohlwill, Scheyer und Guillery wendet. Die Wiedergabe seiner Beweisführung im einzelnen kann hier unterbleiben, da sowohl die Untersuchungen von Schwartz, auf die er hier sich stützt, wie auch zustimmende und gegensätzliche Anschauungen anderer Autoren in diesem Zentralblatt durchweg ausführlich besprochen sind. Nur auf folgendes sei hier kurz eingegangen. Ref. hatte die Gliaverfettungen bei älteren Säuglingen als wahrscheinlich durch toxische Einflüsse verursacht bezeichnet. Schw. meint hierzu, daß als Grundursache doch meist das Geburtstrauma anzusehen ist; die Verfettungen entstehen wohl als akute Spätfolgen desselben, indem toxische Einflüsse auf das nach dem vorangegangenen Geburtstrauma gegen lokale Zirkulationsstörungen besonders empfindliche Gehirn einwirken; für eine derartige Möglichkeit sprechen Rickers bekannte Untersuchungen über örtliche Kreislaufstörungen. Die hier von Schw. vertretene Meinung hält Ref. für durchaus diskutabel. — Die Frage nach der Ursache der — seltenen — Fettbefunde an Kindern, die bei stehender Blase durch Kaiserschnitt herausgenommen wurden, ist nach Verf. auch heute noch nicht gelöst. — In seinen Schlußbetrachtungen weist Schw. auf den praktischen Wert der langen Diskussion über die Verfettungsfrage hin; er meint, daß man sich, trotz aller noch bestehenden Gegensätze, in folgendem Punkte einigen könne: es dürfe als sichergestellte Tatsache gelten, daß „das Gehirn von Neugeborenen, die bei der Geburt oder im Laufe des ersten Lebensmonats sterben, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle pathologische Veränderungen aufweist". Diese Feststellung bedeute eine umfassende anatomische Grundlage für die Neugeborenenpathologie. *Neubürger* (München).

López Albo, Wenceslao: Myelodysplasie und Rachidysplasie. Okkulte Spina bifida und Rückenmarkwurzelstörungen. Arch. de neurobiol. Bd. 5, Nr. 4/6, S. 191—262. 1925. (Spanisch.)

López Albo berichtete auf der Konferenz der Königlichen nationalen Akademie der Medizin am 27. III. 1925 über seine Beobachtungen an 50 Fällen von Myelodysplasie (mit Rhachidysplasie) und Spina bifida occulta. Von diesen schildert er 19 ausführlich mit Beifügung außerordentlich instruktiver Röntgenbilder. Seine Ergebnisse hat er in Form von Schlußfolgerungen niedergelegt, von denen die wichtigsten hier folgen mögen: Die Myelodysplasie ist gewöhnlich vergesellschaftet mit Rhachidysplasia occulta, die der gleichen metameren embryologischen Störung am Knochen entspricht, wie die Myelodysplasie an den entsprechenden Segmenten des Rückenmarks; es gibt aber auch Fälle ohne bzw. mit minimalen Wirbelveränderungen, andrerseits solche mit starken Wirbeldefekten und Wurzelhypoplasien bei nahezu intaktem Rückenmark und endlich Fälle, bei denen bei Endostose des Sakralkanals infolge einer Rhachidysplasie lediglich Wurzelreizung besteht. In der großen Mehrzahl der Fälle beschränkt sich die Myelodysplasie auf die Fortsätze der Wirbel, sehr selten ist auch der Wirbelkörper dabei beteiligt. Incontinentia urinae et alvi, Retentio urinae, hartnäckige Obstipation im Kindesalter, während der Pubertät und bei Erwachsenen können mehr oder weniger auf Entwicklungsstörungen des Rückenmarkes und der Sakralwurzeln zurückgeführt werden. Plötzliche Urinretention weist beim Erwachsenen, besonders wenn er in der Kindheit oder während der Adolescenz an Inkontinenz gelitten hat, auf eine Myelo-Rhachi-Dysplasie hin. Auch Deformitäten der Füße (Pes planus, varus, excavatus, equinus, Klauenfuß, Syndaktylie, Polydaktylie usw.) und speziell solche mit fortschreitender Entwicklung lassen als Grundursache eine derartige Anomalie der Lumbosakralwirbel und des Sakralmarkes vermuten, desgleichen können gewisse spastische Paraplegien und Quadruplegien, die in der Kindheit, während der Pubertät und im erwachsenen Alter entstehen und mit oder ohne vesico-recto-genitalen Störungen einhergehen,

Digitized by Google

die Folgen einer dorsolumbalen oder cervico-dorsalen Myelo-Rhachidysplasie sein, ebenso schlaffe, atrophische Paraplegien und Atrophien an den Oberextremitäten, Schmerzen im Gebiete der Wirbelsäule und der Unterextremitäten, besonders Lumbosakralgien, Lumbago, Lumbalgien, Ischias und analoge Symptome an den Oberextremitäten, Anästhesien und Analgesien vom radikulären, segmentären, transversalen und syringomyelischen Typ bei verschiedenen Altersklassen, das Trophödem und das Ulcus plantaris perforans, gewisse genitale Infantilismen, vereinzelte Störungen der Sexualfunktionen, Neurasthenia sexualis, zuweilen verbunden mit Oligophrenien und mentalen Degenerationen, Ptosen weiblicher und männlicher Genitalorgane, Prolapsus recti, Descensus einiger Baucheingeweide. Myelo-rhachi-Dystrophien muß man bei allen Kindern mit angeborenen Anomalien der Recto-genito-urinarsphäre vermuten. Häufig sind gleichzeitig auch Hydrocephalus congenitus und Nystagmus vorhanden, also Zeichen einer Gehirndysplasie. Man muß auch in Fällen von angeborenen osteo-artikulären Anomalien (Hüftluxationen, Coxa vara) und von Osteochondritis deformans juvenilis des Femurkopfes nach einer ontogenetischen Störung des lumbosakralen Rückenmarks forschen. Der lokalisierte Wirbelschmerz (spontan oder provoziert), die Hypertrichose, die Hautpigmentierungen, der radikuläre Pigmentmangel, die Naevi, Teleangiektasien, Angiome, Narben (? W.), Falten und Vertiefungen der Haut, das sakro-coccygeale Divertikel, die Fovea coccygea, Lipome und andere subcutane Tumoren an den Wirbelöffnungen in der Lumbosakralgegend, bedeuten sehr wichtige Anzeichen für das Bestehen einer lumbosakralen Dysgenesia medullo-rhachidea. Als häufigste Knochenanomalien bei dieser Erkrankung führt López Albo an: Skoliosen, abnorme Wirbelzahl, Wirbelasymmetrien, Sakralisation, Lumbalisation, Dorsalisation, Sacrumanomalien, Verdünnung oder Fehlen der lumbo-sakralen Intervertebralscheibe, schiefes Becken, Hypertrophie einer Apophyse des Querfortsatzes bei einem Lendenwirbel. Jeder Fall von Incontinentia urinae in der Kindheit oder Adolescenz, besonders wenn er lange Zeit besteht oder permanent bleibt, muß auf lumbosakrale Rhachidysplasie untersucht werden, desgleichen Fälle von Fußdeformationen, besonders progressive und doppelseitige, mit oder ohne trophische Ulcera und Sensibilitätsstörungen der Unterextremitäten, Hypotrophien der Schenkel, Skoliosen von Kindern und Erwachsenen, segmentalen Rückenmarkstörungen im Gebiete des Lumbo-Sakral- und des Cerviko-Dorsalmarkes, sonst kann leicht eine Spina bifida occulta mit gleichzeitiger medullärer und radikulärer Dysplasie der Wahrnehmung entgehen. Lendenwirbelskoliosen beruhen zumeist auf einer kongenitalen Mißbildung des 5. Lendenwirbels. Betrifft die Myelo-rhachi-Dysplasie das Cervikalmark und die Halswirbelsäule, so findet sich Verkürzung oder Schwund, Verwachsung oder Verminderung der Zahl der Halswirbel, cerviko-dorsale Kyphoskoliose, Bewegungsbeschränkung des Kopfes, angeborener Hochstand des Schulterblatts, Herabrücken der Haargrenze, cervikale Hypertrichose, Torticollis durch Contractur des Trapezius und Sternocleidomastoideus, Neuralgie des Plexus brachialis und cervicalis, spastische Quadriparesen, Hypotrophien der Oberextremitäten und Sensibilitätsstörungen besonders von syringomyelischem Typ. Durch systematische radiographische Untersuchung der Wirbelsäule, besonders mit Stereoskopaufnahmen lassen sich auch minimale Knochenveränderungen nachweisen, sie sollte demnach bei allen vorher genannten Affektionen vorgenommen werden. Selbstverständlich bestehen nicht in allen Fällen von Wirbelanomalien auch medulläre und radikuläre Veränderungen. Sorgfältige klinische Beobachtung, Untersuchungen des Lumbalpunktates müssen zur Entscheidung herangezogen werden, ob ein Zusammenhang zwischen der Knochenaffektion und einer Myelo-radikulo-Dysplasie besteht. An der Existenz einer solchen wird man auch dann festhalten, wenn zwar die Radiographie keine Knochenveränderung zeigt, wenn aber die klinischen Erscheinungen nicht anders als durch eine Myelo-radikulo-Dysplasie sich erklären lassen. Als ausgezeichnetes Hilfsmittel für die Lokalisation der Knochendysplasien hat sich die Lipojodolinjektion (intradural, extradural, von oben und von unten) bewährt. Therapeutisch: Laminektomie,

Digitized by Google

Lösung der Verwachsungen, Excision extraduraler Narbenstränge zwischen Haut und Dura sowie intraduraler zwischen Dura und Wurzeln, Wurzeln und Rückenmark (Membrana reuniens), die Lösung der Wurzeln und die Entfernung des kongenitalen extra- oder intraduralen Tumors, besonders wenn dringende Gefahr einer Verschlimmerung bzw. des Auftretens neuer Symptome (progressive Deformation der Füße, Hypotrophien, Neuralgien, Lähmungen, Empfindungsstörungen, Mal perforant, Urinretentionen, Impotenz usw.) besteht. Die genaue Röntgenuntersuchung der Wirbelsäule ist um so notwendiger in derartigen Fällen, weil die Ursache der Beschwerden und Veränderungen oft genug verkannt und infolgedessen die Heilung bringende Operation versäumt wird. *Wallenberg* (Danzig).

Normale und pathologische Physiologie.

Ley, Rodolphe: La névroglie; son rôle dans la physiologie et la pathologie du système nerveux central. (Die Neuroglia.) Journ. de neurol. et psychiatr. Jg. **25**, Nr. 6, S. 369—385. 1925.

In diesem Aufsatze, der die neueren Gliastudien der Cajalschen Schule mit berücksichtigt, wird die hohe funktionelle Bedeutung der Glia als Stütz-, Ernährungs- und Sekretionsorgan im physiologischen wie pathologischen Geschehen des Zentralnervensystems geschildert, ohne daß wesentlich neue Tatsachen erörtert werden. *A. Jakob* (Hamburg).

Holmes, Eric Gordon, and Barbara Elizabeth Holmes: Contributions to the study of brain metabolism. II. Carbohydrate metabolism. (Beiträge zum Studium des Gehirnstoffwechsels. II. Kohlenhydratstoffwechsel.) (*Biochem. laborat., Cambridge.*) Biochem. journ. Bd. **19**, Nr. 5, S. 836—839. 1925.

Vergleichende Bestimmungen von Blutzucker nnd Restmilchsäure im Gehirn bei Kaninchen zeigen, daß das Fallen der letzteren nach Insulin erst dann eintritt, wenn der Blutzuckerspiegel eine gewisse Tiefe erreicht hat. Während und unmittelbar vor den Krämpfen ist der Milchsäuregehalt des Gehirns sehr niedrig. Erholen sich die Tiere durch Glukosezufuhr von den Insulinkrämpfen, so nimmt die Milchsäure im Gehirn wieder zu. Man kann also annehmen, daß die Milchsäureabnahme im Gehirn nur eine Folge der Zuckerverminderung ist. (I. vgl. dies. Zentrlbl. **43**, 261).

Erich Guttmann (München).

Raab, W.: Das hormonal-nervöse Regulationssystem des Fettstoffwechsels. (Zugleich neue Beiträge zur Physiologie der Hypophyse und des Zwischenhirnes.) (*Propädeut. Klin. u. Inst. f. allg. u. exp. Pathol., dtsch. Univ. Prag.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **49**, H. 1/3, S. 179—269. 1926.

Verfasser berichtet in der vorliegenden ausführlichen Arbeit über zahlreiche eingehende Versuche über die Beziehung der Fettbewegung und -verwertung im Organismus zur Funktion der innersekretorischen Drüsen. Aus der Zusammenfassung seiner in vieler Hinsicht interessanten Ergebnisse kann hier nur Einzelnes wiedergegeben werden. An Hungertagen bewegt sich der Fettgehalt des Blutes regelmäßig oberhalb des Ausgangsniveaus. Dieses Verhalten des Blutfettes wird nur durch Hypophysenpräparate beeinflußt, und zwar besonders stark, wenn man sie in die Hirnventrikel injiziert. Die Pituitrinreaktion fehlt, wenn das Infundibulum und das Tuber cinereum zerstört sind. Adrenalin und Insulin hemmen die Pituitrinwirkung. Zufuhr von Glucose senkt das Blutfett stark, auch nach Zwischenhirnläsion. An Hungertagen steigen mit dem Fett auch die Ketonkörper. Ein gesetzmäßiger Zusammenhang zwischen Blutzucker und Blutfett besteht nicht. Jeder Verlust an Leberglykogen wird durch Fett ersetzt, das zu diesem Zweck in Kohlenhydrat verwandelt wird, wobei Ketonkörper als Zwischenprodukte auftreten. Insofern wird der Fettstoffwechsel durch den Kohlenhydratstoffwechsel beeinflußt. Die Hypophyse aber wirkt direkt auf den Fettstoffwechsel und zwar umgekehrt; sie wirkt hemmend auf die Kohlenhydratbildung aus Fett und steigert die Fettverbrennung. Der Angriffspunkt des Hypophysenhormons liegt in den vegetativen Zentren des Zwischenhirns. Die topische Identität des Fettstoffwechsels und des Wärmezentrums, die Rolle der Leber im Wärmehaushalt,

Digitized by Google

leiten zu der Annahme, daß die durch die Hypophyse verlanlaßte Form der Fettverbrennung in erster Linie der Wärmeproduktion dient. Die Ursache der hypophysären und der cerebralen Fettsuchtformen besteht in einer mangelhaften Zerstörung der nicht zur Kohlenhydratneubildung erforderlichen Fettüberschüsse. Das gewöhnliche Versagen der Hypophysenpräparate beruht entweder auf der zu niedrigen Dosierung, zumal ja die Präparate nicht an ihren eigentlichem Angriffspunkt im Zwischenhirn heran gebracht werden können, oder auf der gestörten Reaktionsfähigkeit der Zentren.

Erich Guttmann (München).

Isenschmid, R.: Über das Wesen und die Bedeutung des Fiebers. Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 52, S. 1173—1181. 1925.

Isenschmid definiert in seinem Referat Fieber als „Störung des Wärmeregulationsapparats, insbesondere des Wärmeregulationszentrums im Zwischenhirn, welche zu einer Erhöhung der Körpertemperatur führt". Er rechnet daher zum Fieber weder die mit gesteigerter Wärmebildung, aber ohne Temperaturerhöhung einhergehenden Prozesse (z. B. Hyperthyreoidismus), noch Temperatursteigerung ohne Veränderung der Funktion des Wärmeregulationszentrums (z. B. Hitzschlag). Wärmebildung — chemische Regulation — geschieht hauptsächlich in Leber und Muskeln, Wärmeabgabe (physikalische Regulation) durch die Blutgefäße der Haut. Das Zentrum für die Zusammenarbeit liegt im Tuber cinereum und den benachbarten Teilen des III. Ventrikels. Solange dies Zentrum richtig funktioniert, führt weder gesteigerter Stoffumsatz (= Wärmebildung), noch verminderte Wärmeabgabe zu Fieber. Der Stoffumsatz ist im Fieberbeginn bis zu 200% gesteigert, später um etwa 30—40%. Die Wärmeabgabe kann anfangs vermindert sein, später ist sie gleichfalls gesteigert, aber in geringerem Grade als die Wärmebildung. Der vermehrte Stoffumsatz ist z. T. erst die Folge der Störung des Wärmezentrums; vielleicht sind aber auch peripher, an den Sympathicusendigungen angreifende Agentien beteiligt. Der Eiweißumsatz kann im Fieber bis 30% des Gesamtstoffwechsels erreichen; z. T. ist das Folge der Unterernährung und es läßt sich daher dieser Anteil durch reichliche Kohlehydratzufuhr herabdrücken; es kommen aber auch andere Ursachen in Frage; nach Untersuchungen von Freund und Grafe geht eine Hemmung des Eiweißumsatzes vom Gehirn aus und vielleicht befindet sich das Zentrum für diese Hemmung in Zusammenhang mit dem Wärmezentrum. Erst in letzter Linie kommt nach I. ein direkter Einfluß toxischer Stoffe auf die Körperzellen. Über den Wasser- und Salzhaushalt im Fieber besteht noch keine Klarheit, ebensowenig über das Zustandekommen der Steigerung von Puls- und Atmungsfrequenz. Auch ob die Störung des Wärmeregulationszentrums als Reizung oder Schwächung aufzufassen ist, ist noch unsicher. Durch Verletzung des Wärmezentrums läßt sich eine Temperatursteigerung erzielen, die alle Eigenschaften des „natürlichen" Fiebers hat, desgleichen durch direkte Abkühlung der betreffenden Hirnregion mit kühlem Wasser, während warmes Wasser die entgegengesetzte Wirkung hat. Die Fiebererregung durch parenterale, bes. intravenöse Zufuhr verschiedener Stoffe — selbst isotonischer Salzlösungen — bringt I. in Zusammenhang mit Zellschädigungen, deren Abbauprodukte auf das Wärmezentrum wirkten. Die Annahme eines einzigen, bei allen diesen Schädigungen entstehenden „Fiebergiftes" — etwa der Deuteroalbumose Krehls — lehnt I. ab und weist auf die Möglichkeit hin, daß schon Veränderungen des Ionengleichgewichts, vielleicht sogar des Wassergehalts das Wärmezentrum beeinflussen könnten. Weiter berichtet I. über fiebererregende Stoffe Cocain, Adrenalin und besonders des Tetrahydro-β-Naphthylamin, welches die Eigenschaft besitzt, schon in minimalen Mengen in die Hirnventrikel gebracht Fieber zu erzeugen, auch über die Versuche die einfachsten Eiweißspaltprodukte festzustellen, die noch eine fiebererregende Wirkung haben. Das psychogene Fieber wird gestreift, seine Entstehung aber nicht erörtert. Zu der Frage, ob Fieber von Vorteil für Überwindung einer Infektion sei, weist I. auf Versuche hin, nach denen bei im Wärmekasten überhitzten Tieren die Bildung von Agglutininen und Antikörpern beschleunigt vor

Digitized by Google

sich ging, diese sich auch gegen Infektionen widerstandsfähiger zeigten; vielleicht sei das entscheidende Moment in der stärkeren Durchblutung der Haut und in deren Bedeutung für die Bildung von Antikörpern gegeben. *Ransoho/f* (Lüneburg).

Alpern, Daniel: Die Rolle einiger Elektrolyte im Innervationsmechanismus des Sekretionsprozesses. I. Mitt. Die Wirkung vegetativer Gifte auf die Tätigkeit und den Elektrolytgehalt des Speichels der Glandula submaxillaris. (*Laborat. f. pathol. Physiol., psychoneurol. Inst., Charkow.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **209**, H. 5/6, S. 723 bis 737. 1925.

Der Speichel zeichnet sich durch eine deutlich ausgedrückte Beständigkeit hinsichtlich seines Gehaltes an Calcium- und Kaliumsalzen aus, besonders was der Koeffizienten ihrer Wechselbeziehungen zueinander anbelangt, der im Mechanismus der Speichelabsonderung eine Rolle spielt. Dieser Quotient Ca: K bestimmt den Charakter des sekretorischen Prozesses der Drüse. Pilocarpin, besonders aber Physostigmin und Brotpulver geben Anlaß zu einer Speichelabsonderung in der der Quotient Ca: K, sehr ähnlich ist. Suprareninspeichel unterscheidet sich wesentlich durch das Ansteigen seines Gehaltes an Calcium oder Verminderung des Kaliums. Der Adrenalinspiegel ist als ein gemischtes Sekretionsprodukt anzusehen, indem er sowohl durch Reizung der sympathischen Nervenendigungen, als auch durch Reizung des parasympathischen Zentrums erzeugt wird. Calcium sensibilisiert die sympathicotrope Wirkung des Suprarenins, das Kalium aber erscheint als der Antagonist dieser Wirkung, indem er den Speichel dem nach Fütterung mit Brotpulver ähnlich macht. Nach der Wirkung auf die Menge und die Zusammensetzung des Speichels zu urteilen, erscheint das Calcium zweifellos an die Wirkung des sympathischen Nerven der Speicheldrüse gebunden. Für das Kalium läßt sich aber eine Beziehung zur parasympathischen Innervation der Drüse nur auf Grund seines Antagonismus gegenüber dem Suprarenin anerkennen. Der sympathische Nerv scheint, nach seiner Fähigkeit zu schließen, im Falle seiner Reizung die quantitative Zusammensetzung des Speichels zu ändern, augenscheinlich gleichzeitig der trophische Nerv der Drüse zu sein. *Dresel* (Berlin).°°

Alpern, Daniel: Die Rolle einiger Elektrolyte im Innervationsmechanismus des Sekretionsprozesses. II. Mitt. Einfluß von Durchschneidung und Reizung der Nervenleitungen auf die Tätigkeit und elektrolytische Zusammensetzung des Speichels aus der Gl. submaxillaris. (*Laborat. f. pathol. Physiol., med. u. psychoneurol. Inst., Charkow.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **209**, H. 5/6, S. 738—752. 1925.

Nach Durchschneidung der Chorda ruft Suprarenin nur eine geringe Sekretion hervor, die auch bei Reizung des sympathischen Nerven der Drüse auftritt. Hieraus wird geschlossen, daß unter gewöhnlichen Innervationsverhältnissen das Suprarenin eine Drüsensekretion sowohl durch Einwirkung auf den Sympathicus, als auch durch Einwirkung auf das parasympathische Chordazentrum hervorruft. Beweisend hierfür ist auch die Erscheinung, daß nach Entfernung des sympathischen Knötchens Suprarenin keinen Speichel mehr von sympathischem Charakter gibt, sondern einen solchen, der hinsichtlich seines Gehaltes und seines Verhältnisses von Ca: K sich gänzlich identisch zeigt mit dem Speichel nach Brotpulver oder Pilocarpin. Ebenso scheint das Pilocarpin auch das sympathische System der Drüse in Erregung zu versetzen. Physostigmin kann nur bei intakter Chorda Speichelabsonderung hervorrufen. Nach Exstirpation des oberen Halsganglion fällt der Ca-Gehalt des Speichels schon nach 5—6 Tagen unter die Norm. Mit $CaCl_2$-Injektionen läßt sich bis zu einem gewissen Grad der sympathische Tonus in der Drüse wieder herstellen. Kalium bewirkt keine merkbare Änderung des Elektrolytbestandes. Calcium hemmt die nach der Ganglionexstirpation durch Pilocarpin verstärkte Sekretion. Die Durchschneidung der Chorda hat eine Erhöhung des Ca-Gehaltes im Speichel zur Folge. Spätere Durchschneidung des sympathischen Nerven läßt den Ca-Gehalt fallen und den K-Gehalt steigen. Bei vorausgehender Entfernung des sympathischen Knötchens wird auf alle Reizmittel hin ein Speichel abgesondert, der einen prozentual geringeren Ca-Gehalt und ein Anwachsen des K-Gehaltes aufweist. Die Erhöhung des K-Gehaltes könnte auf Rechnung eines nach der Sympathicusdurchschneidung in der Drüse auftretenden Übergewichtes des parasympathischen Tonus zu setzen sein. Dem widerspricht insbesondere die Tatsache, daß die Erhöhung des K-Gehaltes durch Durchschneidung der Chorda nicht rückgängig gemacht wird und direkte Chordareizung niemals eine prozentuale Erhöhung des K-Gehaltes zur Folge hat. Beide Glieder des Koeffizienten Ca: K sind demnach vom sympathischen Nerven der Drüse abhängig. *Dresel* (Berlin).°°

Stanquitz Cambilargiu, Maria: Degenerazione delle vie commissurali dell'encefalo nei cani alcoolizzati. (Degenerationen der Commissurenwege im Gehirn von alkoholvergifteten Hunden.) (*Istit. di fisiol., univ. Padoda.*) Arch. di fisiol. Bd. **23**, H. 3, S. 318—328. 1925.

Schon Marchiafava und Bignami, später Bignami und Nazari, O. Rossi, Gian-

Digitized by Google

nelli und Cesaris Demel hatten bei chronischem Alkoholismus Veränderungen des Balkens nachgewiesen, in einzelnen Fällen zeigte auch der Brückenarm Degenerationen und lipoidolytische Erscheinungen. Stanquitz Cambilargiu hat nun Hunde lange Zeit mit Äthylalkohol gefüttert und fand Marchi- und Weigert-Veränderungen im Balken, im Centrum ovale und in den Brückenarmen. *Wallenberg* (Danzig).

Burr, H. S., and Marion E. Snavely: Experimental study of action of hyoscine hydrobromide on development of the nervous system of amblystoma. (Versuche über die Wirkung des Hyoscin-Hydrobromids auf die Entwicklung des Nervensystems von Amblystoma.) (*Dep. of anat., Yale univ. school of med., New Haven.*) Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. **23**, Nr. 4, S. 264—265. 1926.

Vermutungsweise wirkt das gegen Postencephalitis angewandte Hyoscin-Hydrobromid auf die Basalganglien. Embryonen von Amblystoma wurden vor Beginn der ersten Bewegungen in Lösungen von 1 : 3000 bzw. 1 : 5000 bzw. 1 : 10 000 gebracht und ihre Beweglichkeit durch leichte Berührungsreize geprüft. Die ersten charakteristischen Bewegungsreflexe (Coghill) verlaufen ungestört; aber vom Stadium der ersten Schwimmbewegungen an unterbleibt fast jede Bewegung. Durch Coghill ist festgestellt, daß die frühesten, im Versuch normal ausgeführten Reflexe in Medulla und Rückenmark lokalisiert sind. Hyoscin-Hydrobromid muß also auf kranial von der Medulla liegende Hirnteile wirken. Obige Vermutung gewinnt an Wahrscheinlichkeit. *Hamburger* (Berlin-Dahlem).°°

Offermann, Arno: Über die zentrale Wirkung des Cocains und einiger neuer Ersatzpräparate. (*Prov.-Heil- u. Pflegeanst., Düsseldorf-Grafenberg u. psychiatr. Klin., med. Akad., Düsseldorf.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **76**, H. 4, S. 600—634. 1926.

Nach einer Übersicht über die physiologischen und psychopathologischen Wirkungen des Cocains bringt Offermann eine Gegenüberstellung der Allgemeinwirkungen von Tutocain und Psicain am Menschen. O. hatte 30 Versuchspersonen (darunter 13 Gesunde). Im Durchschnitt wurden 5 Injektionen gemacht, 1 mal Cocain, 2 mal Psicain, 2 mal Tutocain. Geprüft wurde die Frage der Rauschwirkung durch Beobachtung und Vergleich subjektiver und objektiver Allgemeinerscheinungen. Auf Leistungsversuche im Sinne Kraepelins wurde verzichtet. Aus den Ergebnissen über die Cocainwirkung, welche mit den schon bekannten Tatsachen im allgemeinen übereinstimmen, sei hier hervorgehoben, daß von 5 Stuporösen nur 2 eine Reaktion zeigten. Bei den Encephalitikern kam es zum Nachlaß der Bewegungsarmut und der Starre, der Tremor wurde vorübergehend verstärkt (O. warnt jedoch mit Recht vor der therapeutischen Anwendung des Cocains bei den an sich schon willensgeschwächten Kranken). Psicain änderte das subjektive und objektive Befinden der Gesunden nicht, selbst bei der vierfachen Dosis von Cocain. Bei einigen Encephalitiskranken wirkte die Psicaininjektion in hoher Dosis und Konzentration cocainähnlich. Tutocain hatte fast in allen Versuchen abgesehen von leichten sunjektiven Mißempfindungen keinen Einfluß auf das Allgemeinbefinden. Bei den Encephalitikern wirkte es dysphorisch und lähmend. O. zieht aus den Ergebnissen den Schluß, daß Psicain und Tutocain weder zur Gewöhnung noch zur Sucht führen können, daher wegen ihrer peripheren Wirksamkeit geeignet seien, das Cocain zu ersetzen. *F. Fränkel* (Berlin).

Schneller, Julius: Das Luminal und sein gerichtsärztlicher Nachweis. (*Inst. f. gerichtl. Med., Univ. Erlangen.*) Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. **7**, H. 2/3, S. 259—277. 1926.

Die Arbeit beschäftigt sich vorwiegend mit dem Nachweis des Luminals in Eingeweiden und im Harn auf Grund von Tierversuchen. Es ist auffällig, wie große Mengen noch im Magen vorhanden sein können, selbst wenn der Tod erst nach längerer Zeit eingetreten ist. Die Notwendigkeit einer Magenspülung liegt also auch vor, wenn seit der Einnahme selbst ein halber Tag verstrichen ist. Von neurologischen Erscheinungen wird der Hippus hervorgehoben, welcher aus der Klinik der Veronalvergiftung bekannt ist. *F. Fränkel* (Berlin).

Fordyce, John A., Isadore Rosen and C. N. Myers: Quantitative studies in syphilis from a clinical and biological point of view. XVI. Localization and fate of sulpharsphenamine in the viscera and its penetration into the central nervous system after intravenous administration in rats. (Quantitative Studien über die Syphilis unter klinischen und biologischen Gesichtspunkten. XVI. Verteilung und Schicksal von Sulpharsphenamin in den Eingeweiden und sein Eindringen in das Zentralnervensystem

Digitized by Google

nach intravenöser Zufuhr bei Ratten.) (*Dep. of dermatol. a. syphilol. a. of biol. chem., coll. of physic. a. surg., Columbia univ., New York.*) Americ. journ. of syphilis Bd. **9**, Nr. 1, S. 18—70. 1925.

Sulpharsphenamin ist ein Vorgänger des Salvarsans. Nach der ausführlichen Zusammenstellung der Literatur und der eigenen Erfahrung der Verff. ist es in keiner Hinsicht so wirksam wie dieses und bezüglich der Schädigungen unangenehmer als Salvarsan. Nach Tierexperimenten kann man sagen, daß es $2^1/_2$mal weniger wirksam ist als dieses. Die Verff. haben in einer großen Anzahl von Vorversuchen, deren Protokolle in der vorliegenden Arbeit niedergelegt sind, festgestellt, wie sich das Arsen in den Organen verteilt. In Kontrollversuchen mit Salvarsan, Neosalvarsan und Tryparsamid wurde festgestellt, daß das Sulpharsphenamin keine größere Affinität zum Zentralnervensystem besitzt als die genannten Medikamente. (XIV. vgl. dies. Zentrlbl. **41**, 22.)

Erich Guttmann (München).

Ruhemann, Ernst: Die Beziehungen des Phrenicus zu Perikard und Pleura pericardiaca. (*Anat. Inst., Univ. Freiburg i. Br.*) (*34. Vers. d. anat. Ges., Wien, Sitzg. v. 21.—24. IV. 1925.*) Anat. Anz. Bd. **60**, Erg.-H., S. 212—222. 1925.

Die Frage, ob der N. phrenicus zu Pleura und Perikard Äste abgibt, wurde neuerdings von Willy Felix (vgl. dies. Zentrlbl. **30**, 290) direkt, und indirekt auch von L. R. Müller (vgl. dies. Zentrlbl. **37**, 166) verneint. Verf. stellte präparatorisch das Vorhandensein der gesuchten Rami pericardiaci des Zwerchfellnerven fest, mikroskopisch wurde die Tatsache, daß es sich wirklich um Nerven und nicht um „feinste Verzweigungen der Art. pericardiaco-phrenica" handelt (vgl. W. Felix), eindeutig bewiesen. — Neurohistologische Untersuchungen über das Verhalten dieser Nervenäste zu Perikard und Pleura pericardiaca, über die Beziehungen zu den präcapillaren Gefäßen in der Nachbarschaft der Nervenäste und über die Nervenendigungen. Technik: Silberimprägnation nach Bielschowsky, nach Schultze-Gros, Markscheidenfärbung nach Spielmeyer. Auffallend ist die große Zahl der Imprägnationsfehlversuche am Perkiard der Ratte, nur in einem Fall ließ sich ein R. pericardiacus nachweisen, der ohne weitere Ramifikation und ohne zu Gefäßen in Beziehungen zu treten über das Perikard verlief. Im Perikard eines 4 Monate alten Kindes (Flächenpräparat) wurden die Rami pericardiaci im Anfangsteil durch den Thymus bedeckt. Diese 60—70 μ dicken Nervenästchen dürften den Phrenicus kranial vom Herzbeutel verlassen, allerdings besteht die Möglichkeit, daß diese Äste mit dem Plexus intervisceralis (Braeucker) zusammenhängen. Die Verzweigungen dieser Herzbeuteläste bilden zahlreiche Nervennetze, hier und da endigen sie anscheinend frei, häufig aber in terminalen Endkörperchen. Diese sind von elliptischer oder bohnenförmiger Gestalt und bestehen aus einer kernhaltigen, dünnen Bindegewebshülle, aus einem innen gelegenen, zelligen Kolben und der Nervenfaser. Ein System in der Anordnung der Zellen des Kolbens läßt sich nicht erkennen. Die Nervenfasern zerfallen innerhalb des Kolbens in ihre Endäste, die terminale kleine knopfartige Verdickungen aufweisen. Beachtenswert ist, daß auf der ganzen Vorderfläche des Perikards die gefundenen Nervenendkörperchen im Prinzip den gleichen histologischen Bau aufweisen. — Bei der Überkreuzung der präcapillaren Gefäße zeigen die Nerven ein merkwürdiges Verhalten; mitunter überkreuzen die Nerven die Gefäßchen, ohne ihre Gestalt zu verändern, mitunter splittern sich aber die in dem Nervenstrang beieinander liegenden Achsenzylinder auf und weichen derart auseinander, daß ein abgeplattetes Gebilde entsteht, welches etwa $3^1/_2$mal so breit ist, wie der Nerv vor der Gefäßkreuzungsstelle. Äste, die von dieser Aufsplitterung zum Gefäß ziehen, oder irgendwelche Nervenendigungen konnten im Bereich der Aufsplitterung nicht nachgewiesen werden. Die beschriebene Aufsplitterung fand sich im Perikard des Kindes (Totalflächenpräparat; Imprägnation nach Schultze-Gros) ebenso wie in der isolierten Pleura pericardiaca vom Rind, die mit der Spielmeyerschen Markscheidenbeize behandelt war; endlich fand sich eine ähnliche Verbreiterung eines Nerven im Mesenterium der Katze und zwar dort, kurz nachdem der Nerv das Gefäß überkreuzt hatte. Verf. hält deshalb diese Verbreiterungen nicht für Artefakte, er nimmt vielmehr an, daß diese Bildungen in irgendwelcher Beziehung zur Gefäßinnervation stehen. Daß in den gefundenen Herzbeutelästen auch zentripetale Fasern enthalten sind, dafür spricht morphologisch das Vorhandensein der Endkörperchen, klinisch die Beobachtungen von Härtel und die von Capps; durch Zerrung der seitlichen Teile des Perikards bzw. durch experimentelle Reizung der Pleura pericardiaca wurde der typische Phrenicusschmerz in der Schulter ausgelöst. *E. Ruhemann* (Leipzig).

Broemser, Ph.: Das Prinzip der Nervenleitung. (*Physiol. Inst., Univ. München.*) Zeitschr. f. Biol. Bd. **83**, H. 4, S. 355—398. 1925.

Verf. bringt eine lange Reihe theoretischer Erwägungen und experimenteller Ergebnisse, die zu einer Erweiterung und Vervollständigung seiner Theorie der Erregungsleitung im Nerven führten (vgl. dies. Zentrlbl. **28**, 86). Der Theorie liegt die Annahme zugrunde, daß

Digitized by Google

sich im Nerven eine Konzentrationsänderung fortpflanzt. Der Reiz würde also eine lokale Verschiebung des Lösungsmittels im röhrenförmig gedachten Achsenzylinder relativ zu gelösten Stoffen bewirken, so daß zunächst lokal eine Änderung der Konzentration und des osmotischen Druckes entstünde. Dieses Druckgefälle sucht die Verschiebung des Lösungsmittels rückgängig zu machen, ihm wirken aber Reibungs- und Trägheitskräfte entgegen. Für die Kraft, mit der das Druckgefälle auf das Lösungsmittel einwirkt, entwickelt Verf. die Gleichung $\frac{p_0}{\sigma}\frac{\delta^2 y}{\delta x^2} = \frac{\delta^2 y}{\delta t^2} + \frac{\varkappa}{\sigma}\frac{\delta y}{\delta t}$. p_0 ist der osmotische Druck der Lösung im ruhenden Nerven, σ die Dichte des Lösungsmittels, y der Betrag der Verschiebung des Lösungsmittels in der x-Richtung (Längsrichtung der Röhre), $\varkappa$ ist die Kraft, die infolge der Reibung in einer Röhre von 1 cm Länge und 1 qcm Querschnitt bei der Geschwindigkeit 1 cm/Sek. der Verschiebung entgegenwirkt. Diese Gleichung ist die einer gedämpften Welle, und zwar ist sie bei kleinem $\varkappa$ schwach, bei großem $\varkappa$ stark gedämpft. Entsprechend der kaum nachweisbaren Dämpfung der Erregungswelle im frischen Nerven muß der Faktor $\varkappa$ kleiner sein als die aus den Wanderungsgeschwindigkeiten errechnete Reibung des Lösungsmittels an den Ionen. Es muß also in $\varkappa$ neben der Reibung noch ein als „physiologische Reibungsverminderung" bezeichneter Summand stecken, also Zusatzkräfte, die der Reibung entgegenwirken. Die Quelle der für diese Arbeit nötigen Energie sucht Verf. im Stoffwechsel des Nerven (Vergleich mit der Fortpflanzung einer elektrischen Welle in einer Leitung, in die in bestimmten Abständen Verstärker eingebaut sind, die durch Energiezufuhr den Amplitudenverlust durch Dämpfung ganz oder teilweise immer wieder ausgleichen). Diese postulierte, die Reibung vermindernde Energiezufuhr müßte im Nerven eine Veränderung des osmotischen Druckes hervorrufen, und Verf. denkt an die Möglichkeit, daß die Verschiebung des Lösungsmittels gegenüber dem gelösten Stoff im Achsenzylinder die Geschwindigkeit der schon im Ruhezustande stattfindenden Spaltung größerer Moleküle in kleinere erhöhe, und daß die Spaltungsgeschwindigkeit der Geschwindigkeit der Verschiebung proportional sei. Auslösend könnte hierbei eine Änderung der Wasserstoffionenkonzentration des Achsenzylinders wirken. Ähnlich wie Bernstein und Bethe könnte man sich vorstellen, daß die Anionen bei erhaltener Verschieblichkeit der Kationen irgendwie festgehalten werden, so daß die Wasserstoffionenkonzentration an einer Nervenstelle von der Anhäufung bzw. der Verarmung an Kationen abhinge. Die ursprüngliche Schwankung des osmotischen Druckes würde dann eine lokale Schwankung des Wasserstoffexponenten verursachen, die ihrerseits einen Stoffwechselvorgang auslöst, der eine „Zusatzdruckschwankung" liefert, welche als Quelle der „Reibungsverminderung" betrachtet wird. Von diesen Gedanken ausgehend, untersuchte Verf. die Abhängigkeit der Nervenleitungsgeschwindigkeit und des Quellungszustandes des Frosch-Ischiadicus von dem Wasserstoffexponenten der den Nerven umspülenden Lösung. Verwendet wurden gepufferte isotonische NaCl-Lösungen von einem p_H von 3,21 bis 9,55 (Phosphatpuffer und Glykokoll-Natronlauge bzw. Glykokoll-Salzsäure). Dabei ergab sich, daß die Leitungsgeschwindigkeit im Nerven mit steigendem p_H ansteigt, und daß sie sich bei stark saurer Reaktion dem nach der Theorie zu erwartenden Werte $\sqrt{\frac{p_r}{\sigma}}$ (p_r = osmotischer Druck der umspülenden Lösung) = 24,0 m/Sek. nähert. Ferner folgt aus der hier entwickelten Theorie, daß ein Nerv mit höherer Leitungsgeschwindigkeit (höherer „physiologischer Reibungsverminderung") einen höheren Stoffwechsel zeigen muß, daß er also, infolge der rascheren Spaltung größerer Moleküle in kleinere, Flüssigkeit aus der Umgebung aufnehmen und somit quellen muß. Da sich die Geschwindigkeit der Erregungsleitung als abhängig von den Wasserstoffexponenten der Lösungen erwiesen hatte, war nach der Theorie zu erwarten, daß auch die Dicke des Nerven eine analoge Abhängigkeit von dem p_H erkennen lassen würde. Diese Schlußfolgerung wurde durch Dickenmessungen des Nerven untersucht. Es ergab sich das erwartete Resultat, daß die Nerven bei einem höheren p_H, also in stärker alkalischen Lösungen stärker quellen als in sauren. Besonderes Interesse verdient die Tatsache, daß aus den vom Verf. aufgestellten Gleichungen folgt, daß die Erregungswellen im Nerven je nach ihrer Frequenz positiv, nicht, oder negativ gedämpft sind. In diesem letzteren Falle (bei niedrigen Frequenzen) wächst die Amplitude der Wellen mit dem Fortschreiten; da aber die hierzu erforderliche Mehrleistung des Stoffwechsels über ein gewisses Maximum wohl nicht hinausgehen kann, so ergibt sich auf diese Weise eine theoretische Deutung des Alles- oder Nichts-Gesetzes. Ferner folgt aus den Gleichungen eine Zu- oder Abnahme der Amplitude beim Übergang der Erregungswelle von einer Nervenstelle mit bestimmten Stoffwechselbedingungen zu einer anderen mit anderen Stoffwechselbedingungen (Deutung des Dekrementes und des Inkrementes der Erregungswelle). Es ist nicht möglich, an dieser Stelle weiter auf den großen Reichtum der vorliegenden Arbeit an theoretischen Schlußfolgerungen aus den entwickelten Gleichungen und auf die sich weiterhin anschließenden Überlegungen, Versuche und Versuchsmöglichkeiten einzugehen. Auch wer solchen, von relativ einfachen Annahmen ausgehenden und durch zahlreiche Hilfshypothesen gestützten Deduktionen im Gebiete biologischen Geschehens etwas skeptisch gegenübersteht, muß die Weite des Gebietes bewundern, auf dem die geistreiche Theorie des Verf. den Tatsachen der Erregungsleitung im Nerven gerecht zu werden scheint. *v. Brücke* (Innsbruck).

Digitized by Google

Hogben, Lancelot T.: Studies on the comparative physiology of contractile tissues. I. The action of electrolytes on invertebrate muscle. (Studien über die vergleichende Physiologie contractiler Gewebe. I. Die Wirkung von Elektrolyten auf den Muskel der Wirbellosen.) (*Marine biol. laborat., Plymouth a. dep. of physiol., univ., Edinburgh.*) Quart. journ. of exp. physiol. Bd. 15, Nr. 3/4, S. 263—312. 1925.

Als Versuchsobjekt diente in der ersten Reihe das isolierte Krebsherz, das aus quergestreiften Muskeln besteht, dessen Kontraktionen myogen sind, während neurogene Kontraktionen nicht sicher nachgewiesen sind. Die Durchspülungsflüssigkeit, in der durch Zufügung von $NaHPO_4$ der p_H auf 6,8—7,0 erhalten wurde, muß Na und Ca unbedingt enthalten für eine normale Schlagfolge. Durch Harnstoffzusatz wird die Ansprechbarkeit auf Ionenverschiebung verlängert. Wenig K vergrößert die Amplitude, mehr vermindert die Relaxation. Entfernung von Ca bewirkt systolischen Stillstand, allerdings nur in Abwesenheit von K. Ist letzteres reichlich vorhanden, so kann Ca-Entzug sogar zu diastolischem Stillstand führen. Umgekehrt bewirkt Zusatz von Ca gewöhnlich diastolischen Stillstand. Ersatz des Na durch Li ergibt unter Beschleunigung der Schlagfolge diastolischen Stillstand. Rub, das erst beschleunigt, bewirkt schließlich auch diastolischen Stillstand. Cs vermindert die Schlagfolge, auch Zusatz von Str und Mg vermindern die systolische Kraft und bewirken diastolischen Stillstand. Dabei kann aber von einem Ersatz des Ca durch Mg und Sr nicht die Rede sein. Ba wirkt ganz anders, vermutlich toxisch, wenigstens teilweise. Die Lösungen seltener, trivalenter Erden ließen sich wegen des verschiedenen Säuerungsgrades nicht ohne weiteres vergleichen. Steigerung der Säuerung ließ den diastolischen Tonus anwachsen ohne Rücksicht auf die fettlösende Wirkung der gebrauchten Säuren. Die 2. Versuchsreihe geschah am Molluskenherzen, die angeblich gegen K ganz unempfindlich sein sollen. Es zeigte sich, daß diese allerdings eine Zeitlang in Abwesenheit von K weiterschlagen, aber K-Zusatz bewirkte ebenso wie am gestreiften Muskel des Krebsherzens erhöhten systolischen Tonus. Gegen Ca verhielt sich das Molluskenherz wie das Krebsherz. Der Säuerungseffekt hängt dagegen hier von dem Verhältnis K/Ca ab. Eine 3. Versuchsreihe wurde an dem Mollusken-Oesophagus durchgeführt; die Wirkung des Verhältnisses K/Ca entsprach der auf den glatten Herzmuskel der Mollusken. Mg-Zufuhr drückte den Muskeltonus herab, Sr hatte den entgegengesetzten Effekt. Gegen K, Rub und Cs entspricht das Verhalten der Molluskenmuskeln dem der Säugetiere, sie sind aber gegenüber Veränderungen im Säuerungsgrad bei weitem nicht so empfindlich. Diese außerordentlich schwer übersehbaren und widerspruchsvollen Ergebnisse lassen sich durch physikalisch-chemische Mechanismen nicht ohne weiteres erklären. Weder die Annahme von Membranpotentialen noch die der Phasenrelationen zu den Lipoiden genügen einigermaßen. Es scheint sich vielmehr um heute noch nicht geklärte Oberflächenphänomene kolloidaler Art zu handeln, auf denen auch der Antagonismus zwischen Na und Ca beruht. Jedenfalls sind aber die Wirkungen von Elektrolytveränderungen auf die Muskelerregbarkeit so verwickelt, daß man aus der Beobachtung des Verhaltens gegen einzelne Elektrolyte Schlüsse auf die Verschiedenheit der Kontraktionsmechanismen in glatten und gestreiften Muskeln nicht ziehen kann. *Leyser* (Gießen).

Ebbecke, U.: Über die Polarisation im Nerven und Muskel und ihre Messung. (*Physiol. Inst., Univ. Bonn.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 212, H. 1, S. 121—135. 1926.

Die Auffassung von Ebbecke, daß sich die Nerven- und Muskelfasern ebenso wie die Epidermis einer Polarisationszelle von kleiner Kapazität vergleichbar verhalten, wird gegenüber den Einwänden von Gildemeister aufrecht erhalten. Es wird gezeigt, daß die Abweichungen, die diese lebenden Gebilde gegenüber der Theorie erkennen lassen, durch das Vorhandensein von Nebenschlüssen bedingt sind. Als solche kommen das Perimysium im Muskel und die Bindegewebssepten im Nerven in Frage. *E. Gellhorn* (Halle).

Therapie.

Leibbrand, W.: Cibalgin in der psychiatrischen Praxis. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 52, Nr. 6, S. 240. 1926.

Cibalgin (= Dial + Pyramidon) wirkt als Sedativum, Analgeticum und — in größeren Mengen — als Hypnoticum. Es eignet sich besonders in der Abstinenzphase der Morphiumentziehung, verringert die lästigen Gelenk- und Rückenschmerzen und beruhigt, kann unbedenklich oftmals am Tage injiziert werden. Auch bei Migräne ist es besonders dann zu bevorzugen, wenn der Schmerz das Einschlafen erschwert. Keine Nacherscheinungen. Bei Pulpitis wirkt Cibalgin besser als Trigemin und Phenacetin. *Kurt Mendel.*

Mella, Hugo: Bulbocapnin. Its use in the treatment of tremor and in the experimental production of basal ganglion symptomatology. (Bulbocapnin. Sein Gebrauch

Digitized by Google

bei der Behandlung von Tremoren und in der experimentellen Erzeugung von Zustandsbildern bei Affektionen der Basalganglien.) (*Dep. of neurol. a. neuropathol., Harvard med. school, Boston.*) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 15, Nr. 3, S. 325—330. 1926.

Nachprüfung und Bestätigung der Versuche von de Jong und Schaltenbrand über die Wirkung des Bulbocapnins. Die Tremoren von Paralysis agitans-Kranken werden oft palliativ günstig beeinflußt. Bei Katzen ruft subcutane Einspritzung dieses Alkaloids (40 mg pro Kilo) nach etwa 10 Min. ein Zustandsbild hervor, gekennzeichnet durch große Armut an aktiven Bewegungen und ausgesprochene Katalepsie. Die Tiere verbleiben sehr lange, oft stundenlang in ihnen oder ihren Gliedmaßen einmal erteilten abnormen Stellungen und Lagen. Das Elektromyogramm bei passiver Dehnung der Muskeln ist normal. *Duser de Barenne* (Utrecht, Holland).

Weiß, Theodor Bruno: Neue Wege auf dem Gebiete der Elektrotherapie. (*Allg. Krankenh., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 40, S. 1083—1085. 1925.

Bisher wurde die Kata- resp. Jontophorese nur auf der Haut appliziert. An den tiefen Geweben wurde sie nur in der Zahnheilkunde mit Erfolg versucht. Um festzustellen, ob es überhaupt möglich ist, tierisches Gewebe in einem genügenden Umfange mit Chemikalien zu imbibieren, und zwar in einer Weise, daß das eingebrachte Substrat genügend lange Zeit festgehalten wird, wurden überlebende Knochenstücke von Leichen resp. amputierte Gliedmaßen in einen Stromkreis gebracht, der durch eine Lösung von kolloidalem Silber geleitet wurde. Die darauffolgende histologische und chemische Untersuchung ergab, daß in den Haversschen Kanälen kolloidales Silber in relativ großer Menge abgelagert wurde. Verf. will die Versuchsanordnung auch auf den Lebenden übertragen und sieht darin namentlich bei der Behandlung von tuberkulösen Knochen- und Gelenkerkrankungen einen neuen aussichtsreichen Weg.

Toby Cohn (Berlin).

Berliner, B., A. Laqueur und E. Tobias: Richtlinien der elektrophysikalischen Behandlungsmethoden für die ärztliche Praxis. Med. Klinik Jg. 22, Nr. 3, S. 105—106, Nr. 4, S. 144—145, Nr. 5, S. 182—183 u. Nr. 6, S. 223—224. 1926.

Für Praktiker und nachuntersuchende Krankenkassenärzte haben die Verff. ganz kurze, im wesentlichen in Stichworte zusammengefaßte „Richtlinien" zur Ausübung elektrophysikalischer Therapie aufgestellt. Sie haben nur aufgenommen, was sich ihnen in jahrzehntelanger Praxis bewährt hat. Zunächst werden die Wirkungen, dann die Indikationen kurz aufgeführt. Die Richtlinien beziehen sich auf Galvanisation, Faradisation, Wechselstrom, hydroelektrische Bäder, Franklinisation, Arsonvalisation, Diathermie und Lichtbehandlung einschließlich künstlicher Höhensonne. Man kann natürlich in Einzelheiten über manche der aufgeführten Verfahren verschiedener Meinung sein, die individuelle Erfahrung führt ja jeden zu anderen Ergebnissen. Man kann auch zweifelhaft sein, ob nicht eine solche Zusammenstellung manchen zu Schematismus, Gedankenlosigkeit und Oberflächlichkeit verlocken wird. Aber es mag sein, daß mancherorts ein Bedürfnis nach einer solchen kompendiösesten Form der Instruktion vorliegt und daß besser als Nichtswissen wenigstens die Kenntnis solcher „Richtlinien" ist. *Toby Cohn* (Berlin).

Hirst, Barton C.: The treatment of vaginismus by statie electricity. (Behandlung des Vaginismus mit elektrischem Strom.) Americ. journ. of electrotherapeut. a. radiol. Bd. 42, Nr. 12, S. 443—445. 1924.

Verf. gibt seine Methode bekannt, durch Anwendung des elektrischen Stromes den Vaginismus zu heilen ohne irgendeinen operativen Eingriff. Eine Elektrode wird ins Rectum, die andere in die Vagina gelegt. Zweimal in der Woche von 5 Minuten angefangen bis zu 30 Minuten Sitzungsdauer. Sowohl primärer Vaginismus wie auch sekundärer (bei Hämorrhoiden, Fissuren usw.) reagieren darauf. Allerdings verfügt Verf. nur über 13 Fälle. *Loeser* (Berlin).

Schroetter, Hermann v.: Neuere Untersuchungen zur Wirkung des Höhenklimas auf den Gasaustausch in den Geweben. Ergebn. d. Physiol. Bd. 24, S. 517—565. 1925.

Die Forschungen der letzten Jahre auf diesem Gebiet, die fast ausschließlich im Ausland, und zwar durch A. Loewy-Davos, Haldane-Pikes-Peak, Barcroft-Peru, Fitzgerald-Colorado in Höhe von 3000—4000 m unternommen wurden, beschäftigen sich in erster Linie mit physikalisch-chemischen Problemen, wie der Neutra-

Digitized by Google

litätsregulation des Blutes und deren Verhalten zur Kohlensäurespannung sowie zur Atmungstechnik unter besonderer Berücksichtigung von deren Bedeutung für das Akklimatisationsproblem. Die Frage der Erregbarkeit des Atemzentrums und deren Abhängigkeit von einer Unzahl von Faktoren meteorologischer Art, wie z. B. Sonnenstrahlen, Luftverdünnung, Muskelarbeit in diesen Höhen stehen noch durchaus im Anfang der Bearbeitung. So wurde neben der bereits anerkannten Steigerung des Hämoglobingehaltes von Haldane eine aktive Sekretion von Sauerstoff durch die Alveolarzellen ins Lungenblut bei Sauerstoffmangel der Gewebe als für die Akklimatisation bedeutungsvoll angenommen, daneben erschien die Regulation der Blutalkalität durch Leber und Milz als ein wesentliches Anpassungsmittel, das sich mehrere Tage nach Aufenthalt unter vermindertem Luftdruck einstellt. Indessen wurde die Annahme dieser aktiven Sekretion von Sauerstoff durch spätere Untersuchungen von Barcroft nicht bestätigt. Bezüglich der Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei Hochtouren sind sicherlich die auch von Bier erstmals betonten Gesichtspunkte der Bedeutung corticaler und subcorticaler Reize auf das vegetative Nervensystem und die Verbrennungsvorgänge auch für dieses Problem von Bedeutung; übertreffen doch die Leistungen aus solchen sportlichen Gründen oder gar „aus Daseinsnotwendigkeit" noch jene von Geisteskranken. Von praktischer Bedeutung erwiesen sich diese Untersuchungen im Dienst der Eignungsprüfung für den Fliegerberuf und sind als solche in England und Amerika bereits eingeführt, wo vor allem die Funktionsprüfungen des Respirations- und Zirkulationsapparates zur Auswahl der Bewerber bereits in bestimmte Schemata gebracht werden. Dabei haben sich u. a. z. B. 2 Typen von Bergkrankheitssymptomen ergeben, wobei der eine sich mehr in Ausfallerscheinungen psychischer Funktionen, der andere in Zirkulationsstörungen zu Beginn des bedrohlichen Zustandes äußert. Auch ergaben sich für den Neurologen interessante Beziehungen zur Atmungstetanie, insofern diese in Hochregionen auf dem Wege forcierter Kohlensäureausscheidung leichter eintritt als im Flachland und auch innerhalb kürzerer Zeit. Verf. bespricht auch die Bedeutung des autonomen Nervensystems im Zusammenhang mit quantitativen und qualitativen jahreszeitlichen klimatischen Schwankungen, wie z. B. die Ionisation der Atmosphäre, für die Stickoxydulfrage von O. Kestner und den Einfluß des Zentralnervensystems, insbesondere der großen Gehirnganglien, auf Atmung und Kreislauf und auf die Verbrennungsprozesse, deren Erforschung noch ganz in den Anfängen stehen. *M. Meyer* (Köppern i. Ts.).

● **Bericht der Sondertagung des Vereins der Ärzte für Nervenmassage, Berlin, 14. und 15. April 1925 sowie der ordentlichen Sitzungen des Vereins vom 8. September und 24. Oktober 1925.** Leipzig: Georg Thieme 1926. 104 S. RM. 3.60.

Eine Reihe von Vorträgen zur Verherrlichung der Nervenmassage auf den verschiedensten Spezialgebieten der Medizin. *Kurt Mendel.*

Loewy, A.: Neue Beobachtungen über Höhenklimawirkungen. (*Inst. f. Hochgebirgsphysiol. u. Tuberkuloseforsch., Davos.*) Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 33, S. 750—751. 1925.

Die typischen Wirkungen des Höhenklimas (gesteigertes Atemvolumen, Blutdruckerhöhung, gesteigerter Gaswechsel, Tremor) können durch Sauerstoffatmung rückgängig gemacht werden, woraus hervorgeht, daß am Zustandekommen der genannten Wirkungen ein Mangel an Sauerstoff der wirksame Faktor ist. Daneben können reflektorische Einflüsse mit wirksam sein: die niedere Temperatur der Höhenluft, die Luftbewegungen, die Strahlung. Diese Vorgänge würden von der Haut aus ihre Wirksamkeit entfalten, der Sauerstoffmangel jedoch direkt im Innern des Körpers angreifen. Die Fähigkeit von Bromäthyl und Bromoform, Narkose herbeizuführen, ist im Höhenklima geringer als im Tieflande. Auch das Verhalten des Alkohols im Tierkörper ändert sich mit der Höhe. Bei Zuführung gleicher Mengen in den Magen steigt die Alkoholkonzentration im Blute um so weniger, je höher der Aufenthaltsort gelegen ist. *Lüdin* (Basel).°°

Digitized by Google

Zeehandelaar, J.: Psychische Energie, Psychotonie, Emotion und die praktische Psychotherapie. Psychol. u. Med. Bd. 1, H. 2, S. 129—137. 1926.

Unter Psychotonie versteht Verf. den psychischen Spannungszustand. Er meint, daß sich unter dem Einfluß von Emotionen Zustände übermäßiger psychischer Spannung entwickeln können, welche durch Nichtentladung zu körperlichen Störungen, z. B. Neuralgien, Kopfschmerz, nervösen Diarrhöen, führen. Die psychische Spannung kann sich in den vegetativen Fasern des Trigeminus (N. lacrimalis), des Vagus oder Sympathicus entladen, Organschwächen geben ein prädisponierendes Moment. Verf. denkt sich die Psychotonie als eine zentrale Eigenschaft alles Psychischen. Von der Aufklärung der Patienten bezüglich der Entstehung ihrer Störungen durch Nichtentladung von Spannungen erhofft er therapeutische Erfolge. *Storch* (Tübingen).

Eliasberg, W.: Bemerkungen zur Psychopathologie und Psychotherapie der abhängigen Arbeit. Psychol. u. Med. Bd. 1, H. 2, S. 156—161. 1926.

Beachtenswerte Ausführungen zur Psychopathologie und Psychotherapie der aus der modernen Arbeitsrationalisierung entstehenden abnormen seelischen Situationen. Die Kenntnis der Arbeit als sozialpsychologische Totalität ist für den Sozialreformer und für den Arzt gleich wichtig. Aus dem Komplex der Veränderungen, die die seelische Grundeinstellung des Arbeitenden durch die zunehmende Rationalisierung der Arbeit erfahren hat, sind von den Sozialreformern meist nur ganz einseitig einzelne Momente herausgegriffen worden, so insbesondere das Moment der Sicherung, während Unzufriedenheit mit der stark unterteilten Arbeitstätigkeit, Trennung von den Produktionsmitteln, Botmäßigkeit, Fehlen einer Aufstiegmöglichkeit und eines Mitbestimmungsrechtes kaum berücksichtigt worden sind. Die psychopathologische Untersuchung der Arbeit hat zu einseitig die unmittelbaren psychophysischen Dispositionen der Arbeitstätigkeit untersucht und die seelischen Motivationen vernachlässigt, deren Kenntnis gerade von besonderer Wichtigkeit ist. Verf. hebt typische Motivationshaltungen heraus, z. B. bei Menschen in Vertrauensposten, die des Bewußtseins bedürfen, unentbehrlich zu sein, und zu paranoiden Entwicklungen neigen. Die einzelnen berufstätigen Menschen sind für die einzelnen sozialpsychologischen Schwierigkeiten und Schädigungen spezifisch empfindlich, der eine für das Moment der abhängigen Arbeit, der andere für das der Unsicherheit, ein dritter für das Fehlen einer Laufbahn. Die Psychotherapie des Arbeitenden, die von großer sozialer Bedeutung ist, hat sich auf der Kenntnis dieser Zusammenhänge aufzubauen. *Storch* (Tübingen).

Schultz, I. H.: Über experimentell-psychologische Psycho-Therapie. Zeitschr. f. Menschenkunde Jg. 1, H. 6, S. 35—48. 1926.

Schultz stellt die Verwendung „ausgesprochen primitiver experimentell-psychologischer Methoden in der Psychotherapie" dar. Gemeint sind mit dieser Bezeichnung Übungen, die den ganz anderen Zwecken dienenden Versuchsanordnungen psychologischer Experimente nachgebildet sind. In buntem Wechsel plaudert der Verf. über Hör- und Schauübungen, Ruheübungen, Spannungs- und Lösungsübungen, Übungen zur seelischen Abhärtung, Vorstellungsgymnastik, Willensschulung, Gedächtnissteigerung usw. Diese Verfahren sollen, so scheint es, besonders bei „fahrigen, wirklichkeitsfremden und phantasiemäßig undisziplinierten Nervösen" zur Anwendung kommen. *Erwin Straus* (Berlin-Charlottenburg).

Kollarits, Jenö: Vorschlag zur systematischen Organisation der psychotherapeutischen Beschäftigung der Lungenkranken in Kurorten und Sanatorien. Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. 44, H. 4, S. 324—329. 1926.

Verf. betont die Bedeutung psychischer Faktoren für den Verlauf der Lungentuberkulose. Er hebt hervor, daß eine Psychotherapie notwendig ist, und daß zu diesem Zweck an den Lungenkurorten neben den Lungenfachärzten Psychotherapeuten wirken müssen. Er fordert mit vollem Recht eine systematische Beschäftigungstherapie, die möglichst im Beginn der Kur schon einzusetzen hat, und die den Kranken nicht nur zu rein rezeptivem Verhalten veranlaßt, sondern die ihn aktiv mitwirken lassen soll. Er schlägt vor, die Leitung in die Hände des Kurvereins zu legen und durch Umfrage bei Neuankommenden festzustellen, welche Beschäftigung für sie in Frage kommt. *Erich Stern* (Gießen).

Digitized by Google

Breukink, H.: Nähere Mitteilungen über die Behandlung durch Hypnose bei Nerven- und Geisteskranken. Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 2. Hälfte, Nr. 17, S. 1877—1887. 1925. (Holländisch.)

An einer Reihe von Fällen hysterischer und psychasthenischer Krankheitszustände mit teils depressiven Erscheinungen, teils Phobien zeigt der Autor die schönen Erfolge seiner Behandlungsmethode, die er als Hypnose und Katharsis bezeichnet. Er läßt derselben aber — ohne den Ausdruck zu gebrauchen, er nennt es „reëducatie" — eine Synthese folgen, mit der ausgesprochenen Absicht, die Kranken sich wieder in die Umwelt hineinfinden zu lassen. Die Erfolge dieser Behandlungsweise hängen ab von der Intelligenz, dem Temperament, der Suggestibilität, der Möglichkeit, die Komplexe vollständig herauszuholen, der konstitutionellen Anlage bezüglich der Labilität der Vorstellungen, einem eventuellen körperlichen Leiden, das aber auch den Erfolg, wenigstens einen vorübergehenden, nicht verhindert. Dem Psychotherapeuten rät er, seine Worte auf der Goldschale zu wiegen, und verlangt von ihm: Sachkenntnis, Erfahrung und Takt. *König* (Bonn).

Haupt, Johannes: Zur Frage nach der Entstehung des hypnotischen Zustandes. (*Heilst. „Waldfrieden" f. Alkoholkranke, Fürstenwalde b. Berlin.*) Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. **28**, Nr. 11, S. 123—124. 1926.

Trotz der Vorstellung des sicheren Eintritts der Hypnose kann es einem Kranken unter gewissen Umständen mißlingen, in Hypnose versetzt zu werden; trotz stärkstem Zweifel andererseits kann er in Hypnose geraten. Weniger die bewußte Einstellung des Hypnotisierenden als vielmehr unbewußte Voraussetzungen disponieren also zur Entstehung hypnotischer Zustände. *Kronfeld* (Berlin).

Adams, John D.: The present status of occupational therapy in the hospital curriculum. (Der gegenwärtige Stand der Beschäftigungstherapie in der Krankenhausbehandlung.) Boston med. a. surg. journ. Bd. **193**, Nr. 25, S. 1146—1149. 1925.

Im Krankenhauswesen der Vereinigten Staaten spielt seit dem Kriege die Beschäftigungstherapie, um deren systematische Ausbildung der Verf. sich anscheinend große Verdienste erworben hat, eine bedeutende Rolle. In einer Reihe von Lehranstalten werden „therapists", weibliche Hilfskräfte zur Ausübung der Behandlung herangebildet. Zur Zeit gibt es zwei unabhängige Schulen für Beschäftigungstherapie, eine Schule in Verbindung mit einer Medizinschule, zwei Abteilungen für Beschäftigungstherapie an Universitäten, drei Abteilungen an staatlichen Hospitälern, einige mit Kunst- und Handwerkerschulen in Verbindung stehende Kurse, sowie Kurse für Postbeamte. Als Vorbild gilt der Lehrplan der Schule zu Boston: 1jährige Studienzeit zu 1392 Unterrichtsstunden. Alter der Schülerinnen 20—40 Jahre. Erforderlich ist höhere Schulbildung. Es wird angestrebt, den Schülerinnen eine genügende medizinische Kenntnis beizubringen. Der Unterricht, der kostenlos von Ärzten der Stadt erteilt wird, erstreckt sich auf Anatomie, Neurologie, Psychiatrie, Tuberkulose, Orthopädie, Infektionskrankheiten usw. Nach Beendigung des Studiums werden Diplome erteilt; es ist beabsichtigt, vor Erteilung der Berechtigung zur Annahme einer bezahlten Stellung eine praktische Betätigung unter Aufsicht für eine gewisse Zeit zu verlangen. Die Beaufsichtigung der Lehrgänge liegt einer ärztlichen Kommission ob. Eine einheitliche Gestaltung des medizinischen Unterrichts im ganzen Lande wird angestrebt. Augenblicklich wird in 764 Hospitälern der Vereinigten Staaten die Beschäftigungstherapie unter Leitung ausgebildeter „therapists" ausgeübt. Diese leiten die Behandlung nach den Vorschriften des Arztes. Das Gebiet der Beschäftigungstherapie ist ausgedehnt: Verwachsungen nach Operationen und nach Knochenbrüchen, in diesen Fällen kombiniert mit passiven Bewegungen. Arthritis, organische Nervenleiden, Tuberkulose. Eine große Rolle spielt sie in der Kinderheilkunde. Ein besonders wichtiges Gebiet ist das Irrenwesen; es gelingt durch eine richtig geleitete und abgestufte Beschäftigungstherapie in vielen Fällen, völlig unsoziale Geisteskranke zu einer regelmäßigen Tätigkeit zu erziehen. *Reich* (Breslau).

Garmendia, Francisco S., und Ventura C. Darder: Die Arbeit in der psychiatrischen Therapie. Anales de la fac. de med. (Montevideo) Bd. **10**, Nr. 9, S. 783—791. 1925. (Spanisch.)

Verff. besprechen, ausgehend von allgemeinen Erörterungen über die Bedeutung der Arbeit für die Geisteskranken, den diesbezüglichen Anregungen und Forderungen Reils, Pinels und anderer älterer Psychiater und der vorbildlichen Bestrebungen der Alt-Scherbitzer kolonialen Anstalt, den Nutzen, welchen die systematische Beschäftigung für die verschiedenen Formen geistiger Erkrankung hat. Neues enthalten die Ausführungen nicht. *Pfister.*

Digitized by Google

Buzzard, E. Farquhar: Lettsomian lecture on the principles of treatment in relation to diseases of the nervous system. (Fortbildungsvortrag über die Grundzüge der Behandlung von Krankheiten des Nervensystems.) (*St. Thomas's hosp., London.*) Lancet Bd. **210**, Nr. 10, S. 484—489. 1926.

Besprochen wird die Therapie der Hirntumoren, der Epilepsie, der Lues des Nervensystems einschließlich der Metalues, zuletzt die multiple Sklerose. Besprechung der Schwierigkeiten in Diagnosenstellung von Neoplasmen, Erfolge nicht allzu vielverheißend, häufige unliebsame Überraschungen. Bei der Epilepsie möglichst frühzeitige Behandlung, Beseitigung aller krampfauslösenden Momente in der Kindheit, sonst Bromluminal in Ermangelung von etwas besserem. Die Therapie der Lues des Nervensystems hat das Hauptgewicht auf die sachgemäße Behandlung der Lues überhaupt zu legen. Bei Tabes kombinierte Behandlung mit Spezifica nach den Grundsätzen der üblichen Luestherapie. Infektionstherapie bleibt unerwähnt. Bei multipler Sklerose wenig Erfolge mit Hg und Salvarsan, wohl aber mit Arsen in nicht zu niederen Dosen. *Berthold Kihn* (Erlangen).

● **Sparsame, sachgemäße Krankenbehandlung mit Leitsätzen des Reichsgesundheitsrates. Hrsg. v. Reichsgesundheitsamt.** Berlin: Julius Springer 1926. 196 S. RM. 2.70.

1. Leitsätze für eine sparsame Behandlungsweise, aufgestellt in der Reichsgesundheitsratssitzung zu Berlin am 9. Februar 1924. 2. 5 Referate, die zur Tagesordnung damals erstattet wurden. 3. Abhandlungen über sparsame, sachgemäße Behandlung, darunter, den Neurologen interessierend: Goldscheider und Weygandt. Betreffs des ersteren vgl. dies. Zentrlbl. **40**, 935. Weygandt bespricht die Diagnose der Epilepsie und deren Therapie. Im wesentlichen komme es zwecks ökonomischer Therapie der Epilepsie darauf an: sorgfältige Differenzierung der Diagnose, wenn möglich ätiologische Behandlung (Ascariden, Alkohol, Syphilis); bei genuiner Epilepsie energische medikamentöse (Brom, Luminal) und diätetische (kochsalzarme) Behandlung; möglichst zunächst in klinischer Art, später lange ambulant fortgesetzt. Bei unaufhaltsamem Leiden mit Demenz Unterbringung in bescheidenem Anstaltsmilieu; Vermeidung von Polypragmasie. *Kurt Mendel.*

● **Hackenbroch, M.: Der Hohlfuß. Seine Entstehung und Behandlung.** Berlin: Julius Springer 1926. 83 S. RM. 6.60.

Das Interesse für die Pathophysiologie und Therapie des Hohlfußes hat in der letzten Zeit wesentlich zugenommen. Die Monographie über diese Deformität des Fußes von Hackenbroch fördert die Frage wesentlich dadurch, daß Verf. unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur, eigener Untersuchungen und Beobachtungen an einer großen Zahl von Patienten mit Hohlfuß eine genaue Definition der Deformität gibt, die Gelenkmechanik, Pathogenese, die deformierenden Kräfte, Muskelphysiologie, Klinik und Therapie desselben klar und eingehend beschreibt. Seine Definition lautet folgendermaßen: Charakteristisch für den Hohlfuß ist überphysiologische Vermehrung des Fußgewölbes, vor allem durch eine plantare Abknickung oder Steilstellung des Vorfußes, verbunden mit dessen Drehung im Sinn der Pronation. Die Mitte des inneren und bei ausgeprägten Fällen auch des äußeren Fußrandes ruht auf dem Boden nicht auf und gibt so den charakteristischen Fußabdruck. Die Arbeit enthält eine Reihe charakteristischer Fußabdrücke und guter Röntgenbilder, die die Einzelheiten des Pes cavo-varus erkennen lassen. Als die wichtigsten und wirksamsten Veränderungen der Gelenkmechanik bezeichnet Verf. die Stellungsänderungen im oberen und unteren Sprunggelenk, zu der sich solche der Articulatio cune-navicularis und tarso-metatarseae als weniger bedeutsam hinzugesellen. Mehr interessieren den Neurologen die muskelphysiologischen Verhältnisse des Hohlfußes. Es geht aus den Ausführungen hervor, wie verwirrend die verschiedenen Angaben der Literatur heute noch sind. Er selbst gibt an, daß vor allem die Hypertonie der Wadenmuskulatur, also des Triceps surae, aber auch seine Hypotonie, das gestörte Zusammenspiel zwischen Peroneus longus und Tibialis anterior, der Abductor hallucis, die Interossei an der Entstehung der Deformität beteiligt sind; bestätigt also im wesentlichen die klassischen Duchenneschen Anschauungen. Was das Vorkommen des Hohlfußes anlangt, so ist es dem Neurologen bekannt, daß die spinale und cerebrale Kinderlähmung eine Hauptursache des Hohl-

Digitized by Google

fußes ist, daß er bei Friedreichscher Krankheit, Syringomyelie, Chorea, multipler Sklerose, kurz bei allen Nervenkrankheiten, die zu Muskellähmungen und Haltungsänderungen führen, vorkommen kann. Eine noch weniger bekannte, aber wichtige Ursache ist die in letzter Zeit viel erwähnte Spina bifida occulta. Verf. widmet auf Grund einer Erfahrung an 70 operierten Fällen von Sp. bifida dieser Erscheinung eine eingehende Beschreibung. Er hat ungefähr in 60% seiner Fälle operativ-nachweisbare Veränderungen in Form von schädigenden Strängen und Tumormassen nachweisen können und den günstigen Effekt der Beseitigung der Noxe auf die Fußdeformität beobachtet. Insbesondere betont er, daß diejenigen Fälle, die trotz einwandfreier lokaler therapeutischer Maßnahmen immer wieder rezidivieren, nach operativer Behandlung der Spina bifida im obigen Sinne ausheilten. Die Technik der speziellen operativen Behandlung des Hohlfußes wird genau beschrieben. Im ganzen genommen gibt die Monographie einen klaren Überblick über alle einschlägigen Fragen und bringt auch wesentliche neue Gesichtspunkte. *Otto Schwab* (Breslau).

Hackenbroch, M.: Zum Entstehungsmechanismus des Hohlfußes. (*Orthop. Klin., Bürgerspit., Köln.*) Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. 24, H. 1, S. 14—18. 1926.

Welche Muskeln es sind, die die Stellung und schließlich auch die Form der Fußknochen im Sinne des Hohlfußes deformieren, ist zweifelhaft. Einige nicht alltägliche Beobachtungen aus dem großen Material des Verf. sprechen dafür, daß die althergebrachten Anschauungen über die verschiedenartigen Entstehungsweisen des Hohlfußes richtig sind. Von großer Bedeutung ist die Wirkung des Muskelzuges. Auch knöchern umgeformte Füße unterliegen ihr schließlich, denn wenn auch an sich klein, sind diese Kräfte doch Dauerkräfte. Daher sind auch nach Knochenoperationen am Hohlfuß Sehnenverpflanzungen vorzunehmen, die nach Möglichkeit einen Gleichgewichtszustand in der Fußmuskulatur garantieren. Falsch ist der Standpunkt, daß man unter allen Umständen die Achillessehne nicht anrühren dürfe. Eine vorsichtige Verlängerung derselben ist in den meisten Fällen nötig, um die Gefahr eines Rezidivs zu vermeiden. — Bezüglich der Einzelheiten der operativen Behandlung des Hohlfußes, die für den Neurologen von untergeordnetem Interesse sind, sei auf das Original verwiesen.

Taterka (Berlin).

Spezielle Neurologie.

Meningen:

Acuña, Mamerto, und Alfredo Casaubon: Pneumokokkenmeningitis bei Kindern. Rev. de la asoc. méd. argentina Bd. 37, Nr. 232, S. 105—117. 1925. (Spanisch.)

Verff. beschreiben 6 Fälle eigner Beobachtung. Betroffen waren Kinder von 40 Tagen bis zu 14 Jahren. Dem Beginn der meningitischen Erscheinungen gingen einmal 1 Woche dauernde Prodrome (Apathie, Traurigkeit), einmal Fieber und Verstopfung für 10 Tage, einmal Lungenerscheinungen, zweimal die Erscheinungen einer Otitis media voraus. Die eigentlichen Krankheitserscheinungen waren die einer typischen Meningitis. Auffallend war in einem Falle, bei einem Säugling, das dem üblichen Verhalten entgegengesetzte Eingesunkensein der Fontanelle. In 4 Fällen wurde eitriger Liquor gewonnen, der massenhaft Pneumokokken enthielt. In einem Falle war der Liquor klar, enthielt gleichfalls Pneumokokken und 2000 Zellelemente im Kubikzentimeter, außerdem war WaR. +++. In einem Falle konnte wegen der dicken Beschaffenheit des Exsudats kein Liquor gewonnen werden. Der Ausgang war stets tödlich, trotz intravenöser und intralumbaler Behandlung mit Pneumokokkenserum. Der Tod erfolgte 3—12 Tage nach Beginn der Erkrankung. Die Autopsie ergab stets eine eitrige Meningitis, in einem Falle außerdem eine Lungentuberkulose mit Aussaat in der Milz, in einem anderen eine Pneumonie. — Unter 26 Fällen von Pneumokokkenmeningitis bei Kindern (aus der Literatur und den eignen) fanden Verff. eine Mortalität von 24 (92%). Durch die Serotherapie ist bisher noch kein Erfolg erzielt worden. Der Tod bei der Pneumokokkenmeningitis tritt viel rascher ein als bei der Meningokokken-

Digitized by Google

meningitis. Traumen können den Übergang der Bakterien in die Blutbahn und die Ansiedlung auf den Meningen begünstigen, besonders wenn sie den Kopf betroffen haben. Im Liquor besteht häufig ein Mißverhältnis zwischen dem hohen Pneumokokken- und dem geringen Leukocytengehalt. Die Serotherapie muß weiter ausgebaut werden; das angewandte Serum muß polyvalent, d. h. gegen die verschiedenen Gruppen von Pneumokokken (4 nach amerikanischen Autoren) gerichtet sein. *Reich* (Breslau).

Blumenthal, A.: Über protrahierte otogene Meningitis serosa. (*Auguste Viktoria-Krankenh., Berlin-Weißensee.*) Folia oto-laryngol., I. Tl., Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol., Otol. u. ihre Grenzgeb. Bd. **14**, H. 3, S. 157—169. 1926.

Die sekundär durch eine otitische Erkrankung entstehende seröse otogene Leptomeningitis läßt sich folgendermaßen einteilen: kollaterale, protrahierte Entzündungen, postoperative entzündliche Reaktionen, Spätmeningitiden. Nur die protrahierten Entzündungen und die langdauernden Formen der Spätmeningitiden bedürfen der Behandlung, und zwar nach Ausschaltung des primären Herdes oder Rückbildung desselben. Die Therapie ist physikalisch, medikamentös, Reizkörpertherapie und chirurgisch, von letzterer kommt in Frage Lumbalpunktion, Duraincision, Ventrikelpunktion, Subokzipitalpunktion. Die chirurgische Therapie an Dura und Ventrikeln ist möglichst zeitlich von der Ausräumung des primären otitischen Herdes zu trennen, wenn derselbe extradural gelegen ist. Bei Annahme von reichlichem Exsudat ist die chirurgische Therapie zu bevorzugen. *K. Löwenstein* (Berlin).

Montaud, Raul de: Zwei Fälle von durch Meningitis serosa interna vorgetäuschtem Hirntumor. Anales de la acad. méd.-quirurg. española Bd. **12**, S. 359—363. 1925. (Spanisch.)

1. 21jährige Frau hatte vor 1 Monat einen Abort von 2 Monaten. Bald darauf mit Übelkeit und Benommenheit einhergehende Kopfschmerzen von immer zunehmender Stärke, die bis in den Nacken reichten und eine Steifhaltung des Kopfes verursachten. Nach 10 Tagen Doppeltsehen. Sehen verschlechtert, nach ca. 1 Monat Blindheit. Ohrensausen. Befund: Mydriasis. Pupillenreaktionen +. Stauungspapille. Abducens links gelähmt, rechts paretisch. Reflexe abgeschwächt, bds. gleich. Keine pyramidalen und extrapyramidalen Erscheinungen. Motilität, Sensibilität o. B. Keine Bulbär- oder Cerebellarerscheinungen. Intelligenz normal. Schädel diffus klopfempfindlich. Lumbalpunktion: Druck erhöht (keine Messung), Aussehen normal (sonstige Angaben werden nicht gemacht). — 2. 34jährige Frau. Vor 1 Jahr Zessieren der Menses. Gleichzeitig heftige Kopfschmerzanfälle. Außerdem Anfälle von Bewußtlosigkeit mit Urin- und Stuhlabgang und Krämpfen. Nach 4 Monaten Wiedereintreten der Menses, gleichzeitig Verschwinden der krankhaften Erscheinungen. Nach einigen Monaten völligen Wohlseins wiederum Aussetzen der Menses, Kopfschmerzen und Krämpfe. Diese nehmen bald an Häufigkeit zu, bis zu 8 und mehr an einem Tage. Dauernder, heftigster Kopfschmerz mit anfallsweisen Verschlimmerungen, dabei Ohrensausen, Erbrechen, Benommenheit. Nach $2^1/_2$ Monaten Doppeltsehen. Abnahme des Sehvermögens bis zu völliger Blindheit. Kopfschmerzen und Krämpfe rechts > links. Befund: Mydriasis, Pupillenträgheit. Atrophische Stauungspapille. Abducenslähmung bds. Reflexe leicht herabgesetzt. Sonst alles o. B. (Über den Liquor wird nichts gesagt.) Wenn auch ein Tumor nicht absolut auszuschließen ist, so spricht doch die schnelle Entwicklung sowie das Fehlen von Herderscheinungen für einen Hydrocephalus internus. Therapeutisch ist Balkenstich beabsichtigt. *Reich* (Breslau).

Großhirn:

Encephalitis:

Jahnel, F.: Die Ätiologie der epidemischen Encephalitis. (*Dtsch. Forschungsanst. f. Psychiatrie, München.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 1/2, S. 253—270. 1925.

Übersichtliche Zusammenstellung aller Anschauungen und Experimentalergebnisse, soweit sich diese mit der Frage nach der Ätiologie der epidemischen Encephalitis beschäftigen. So wird berichtet über den Zusammenhang zwischen Grippe und Encephalitis, encephalitisähnliche Erkrankungen, hervorgerufen durch das Herpesvirus, über Immunität gegen epidemische Encephalitis nach überstandener Herpesinfektion, über die Frage der ausschließlichen Pathogenität dieser Erkrankung für den Menschen usw. Einen wesentlichen Teil der Arbeit umfaßt die kritische Erörterung der Erreger-

Digitized by Google

entdeckungen. Jahnel kommt zu dem Schluß, daß alle Versuche bisher fehlschlugen auf dem Wege, den Erreger der Encephalitis aufzufinden. Die Versuche aber haben, auch wenn sie die gestellte Frage nicht zu lösen vermochten, manch wertvollen Beitrag geliefert, so besonders zur Pathologie des Herpes simplex und das Interesse geweckt für Tierkrankheiten, die bisher wenig bekannt waren und neue Experimentalwege zu eröffnen geeignet sind. *Stein* (Heidelberg).

Joest, E.: Vergleichend-anatomische Betrachtungen über Encephalitis. (*Veterin.-pathol. Inst., Univ. Leipzig.*) Klin. Wochenschr. Jg. 5, Nr. 6, S. 209—211. 1926.

Vergleichende Betrachtung über verwandte Krankheiten der menschlichen- und Tierpathologie. In Frage kommen vor allem: epidemische Encephalitis, Poliomyelitis acuta, Lyssa, Bornasche Krankheit der Pferde, Hundestaupe, Hühnerpest, Schaf- und Meerschweinchenencephalitis. Allen gemeinsam ist Neurotropismus des Ansteckungsstoffes und ein histopathologisches Bild vom Typus nichteitriger mononucleärer Infiltrate an den Gefäßen und im Gewebe. Für die Mehrzahl dieser Krankheiten wird Verursachung durch ein filtrierbares Agens angenommen. Bei Lyssa, Hühnerpest, Staupe, Bornascher Krankheit und Schafencephalitis sind Ganglienzelleinschlüsse festgestellt; auch bei der epidemischen Encephalitis liegen (allerdings noch nicht einheitliche) Befunde dieser Art vor. Diese weitgehende Ähnlichkeit zwischen allen genannten Krankheiten deutet auf eine gewisse ätiologische Verwandtschaft.

A. Meyer (Bonn).

Wilckens, Hans A.: Zur pathologischen Anatomie der Metencephalitis chronica mit psychischen Störungen. (*Staatskrankenanst. u. psychiatr. Univ.-Klin., Hamburg-Friedrichsberg.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **99**, H. 1/2, S. 139—184. 1925.

Es werden die pathologisch-anatomischen Untersuchungsergebnisse von 3 Fällen chronischer Metencephalitis epidemica mit psychischen Störungen mitgeteilt. Die beiden ersten Fälle, klinisch typische encephalitische Parkinsonismen, boten histologisch die bekannten Veränderungen in fast ausschließlicher Lokalisation in der Substantia nigra. Sie hatten psychische und psychomotorische Störungen bereits vor Auftreten der extrapyramidalen Erscheinungen gezeigt; im zweiten Falle bestand schon vorher ein angeborener Schwachsinn mit einer Pfropfhebephrenie. Als Nebenbefund fand sich hier eine Syringomyelie. In beiden Fällen wurden in diffuser Verteilung leichte Veränderungen in der Hirnrinde gefunden, die im ersten Fall auf den encephalitischen Prozeß, im zweiten auf die Dementia praecox bezogen werden. Der dritte Fall betrifft ein Kind mit den bekannten spätencephalitischen Charakterveränderungen und triebhafter Unruhe. Anatomisch handelt es sich hier um einen subchronischen, noch deutlich fortschreitenden Prozeß der Encephalitis epidemica mit den Hauptveränderungen im dorsalen Mittelhirn und vorderen Hinterhirn; auch in der Rinde sind in diffuser Verteilung Parenchymausfälle besonders der untersten Schichten vorhanden. Auf Grund der Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen: Es wird die von zahlreichen Autoren gemachte Beobachtung bestätigt, daß die Substantia-nigra-Erkrankung bei der Auslösung des metencephalitisch-akinetischen Symptomenkomplexes eine überragende Bedeutung zukommt. Damit die von Ausfällen bestimmter subcorticaler Zentren abhängigen Syndrome überhaupt und in reiner Form in Erscheinung treten können, müssen ganz besondere Vorbedingungen erfüllt sein, da die Funktionsausfälle der einzelnen Zentren sich in mannigfacher Weise gegenseitig beeinflussen, verstärken, vermindern, aufheben und qualitativ abändern können. Trotz einer deutlichen Nigraschädigung des Falles 3 war hier klinisch keinerlei „Nigrasymptom" vorhanden. Histopathologisch stellt sich der Prozeß in den großen Kernen des extrapyramidalen Hauptsystems dar als ein langsam progressiver degenerativer Parenchymprozeß, der die Zeichen des Abbauvorganges trägt, somit keine Narbe, wohl einen vielleicht schließlich zur Atrophie führenden, aber noch aktiven Prozeß darstellt. Das histologische Bild besonders des dritten Falles (lebhafteste subakute

Digitized by Google

Gewebsvorgänge nach 13monatlicher Krankheitsdauer!) leistet der Meinung Vorschub, daß die fortschreitenden Degenerationen Toxinen des noch im Organismus vorhandenen Virus ihren Ursprung verdanken. Das motorische Gesamtbild der oben beschriebenen akinetischen metencephalitischen Kranken ist außer aus subcorticalen extrapyramidalen, rein motorischen Anteilen auch aus echten psychomotorischen Anteilen zusammengesetzt; die psychischen Anteile der motorischen Störungen haben keine direkte subcorticale Entstehung, sind nicht außerhalb psychischer Substrate zu lokalisieren. Doch stehen Cortex und Extrapyramidium in engstem Abhängigkeitsverhältnis voneinander, so daß Schäden der großen subcorticalen Kerne einen ganz bedeutenden, primär in Erscheinung tretenden Einfluß auf psychisch verlaufende Willensfunktionen ausüben können. Durch das histologische Ergebnis des dritten Falles (Schädigung der Mittelhirnzentren und der Rinde) wird der pathophysiologischen Erklärung der Charakterveränderungen Bonhoeffers, der eine gestörte Konkordanz zwischen neencephalen und palencephalen Hirnteilen annimmt, eine anatomische Stütze gegeben, da Neencephalon sowohl wie Palencephalon sich als geschädigt erweisen. Außer den gestörten Wechselbeziehungen zwischen Rinde und Hirnstamm dürften vielleicht auch die gestörten funktionellen Wechselbeziehungen zwischen Thalamus und Mittelhirn sowie zwischen diesem und vegetativen Zentren und Hirnrinde das Bild der hyperkinetischen psychomotorischen Erscheinungen, der Triebhaftigkeit, der Persönlichkeitsveränderung mit beeinflussen. *A. Jakob* (Hamburg).

● **Pienkowski, Stefan: Analyse der Gangstörungen bei der lethargischen Encephalitis epidemica. Monographie.** Warschau: Verl. Kasa Mianowskego 1925. 300 S. (Polnisch.)

Beachtenswerte monographische Abhandlung, umfassend etwa 400 Fälle meist aus der Krakauer Nervenklinik und ca. 700 Arbeiten berücksichtigend. Leider ist der Druck der erschöpfenden Arbeit um etwa 3 Jahre verspätet worden, so daß das neueste literarische Material nicht mehr berücksichtigt werden konnte. Dagegen ist die Kasuistik der ersten 5 Epidemiejahre gewissenhaft durchstudiert und pietätvoll bearbeitet. Die Arbeit bespricht nicht bloß, wie der Titel besagt, die Methodik, sondern auch die sie begleitenden Schlaf-, sensible, sensorische, vegetativ-endokrine und psychische Störungen. *Higier* (Warschau).

Magni, Luciano: Intorno ad una rara forma di contrattura degli arti osservata in un malato affetto da parkinsonismo post-encefalitico. (Über eine seltene Form der Contractur der Gliedmaßen bei einem an postencephalitischem Parkinsonismus Erkrankten.) (*Clin. pediatr., univ., Bologna.*) Riv. di patol. nerv. e ment. Bd. 31, H. 1, S. 46—59. 1926.

11jähriger Knabe überstand mit 6 Jahren eine typische lethargische Encephalitis. Genesen, zeigte er bald eine Charakterveränderung, ward moros, schweigsam, apathisch und gleichzeitig reizbar. Bald begann eine zunehmende Schwierigkeit, zu gehen; die Bewegungen wurden langsamer, Tremores und Retropulsion wurden beobachtet. Innerhalb 3 Monaten entwickelte sich der gegenwärtige Zustand; maskenartige Starre des Gesichtes, Zwangslachen und -weinen, Augenbewegungen frei, häufig Nystagmus und Klonismen im Oberlide, rechter Mundfacialis ein wenig schwächer innerviert, fibrilläres Wogen der Zunge. Beugecontracturstellung der Beine, die auch im Schlafe persistiert, l > r; der linke Fuß in unkorrigierbarer Equinovarusstellung; rechts dasselbe, jedoch weniger ausgesprochen. (Zwei Photogramme.) Beugestellung der oberen Extremitäten, besonders rechts. Sitzen möglich, Stehen nur mit Unterstützung, Gehen wegen der Contracturen unmöglich. Aktive Streckung des rechten Armes und des linken Beines unmöglich. Finger- und Zehenbewegungen frei, links häufig Babinskistellung. Muskulatur nirgends atrophisch, Sphinkteren intakt, keine Sensibilitätsstörungen. P.S.R. r > l, Ach.S.R. links nicht auslösbar, rechts inkonstanter Fußklonus und Babinski, links Babinski konstant. Plantarreflex prompt.

Verf. nimmt einen Prozeß in den Bahnen an, welche vom Streifenhügel zum Locus niger und zu den Hirnschenkeln führen. Typische Bilder von Beugungscontracturen können nicht nur durch corticale und spinale Herde, sondern auch durch subcorticale, mesencephalische Prozesse zustande kommen. *Alexander Pilcz* (Wien).

Digitized by Google

Ammosov, M.: Das torsionsdystonische Syndrom im Verlauf der epidemischen Encephalitis. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 560—566. 1925. (Russisch.)

Beschreibung zweier Fälle von Torsionsdystonie im Anschluß an eine epidemische Encephalitis. Es bestanden Spasmen der Kau-, Hals- und Rumpfmuskeln. In dem einen Fall traten sie in der Ruhe, im anderen während des Ganges auf. *M. Kroll* (Minsk).

Pelewin, M.: Zur Klinik der epidemischen Encephalitis bei Kindern. Moskovski medizinski žurnal Jg. **1925**, Nr. 6, S. 42—48. 1925. (Russisch.)

Kasuistische Mitteilungen über 6 Fälle von epidemischer Encephalitis bei Kindern. Verf. unterstreicht folgende Besonderheiten der Enceph. leth. bei Kindern: 1. Häufigkeit der meningealen Symptome, 2. häufige Läsion des eigentlichen Striatums, 3. Fälle mit Poliomyelitis-ähnlichem Verlauf und 4. Mannigfaltigkeit der Erscheinungen, bedingt durch Läsion verschiedener Teile des Nervensystems. *M. Kroll* (Minsk).

Linsenkernerkrankungen, Dyskinesien:

Mahaim, Ivan: De la pathogénie des affections hépato-lenticulaires. (Die Pathogenese der Krankheitsgruppe Wilson-Pseudosklerose.) Rev. méd. de la Suisse romande Jg. **46**, Nr. 1, S. 43—49. 1926.

Dieser Aufsatz enthält eine kurze Zusammenfassung der Untersuchungen und Schlußfolgerungen, welche Verf. ausführlich in seiner Studie über die Leberlinsenkerndegeneration (vgl. dies. Zentrlbl. **43**, 790) besprochen hat. (Es berührt etwas befremdend der abfällige Ton, in welchem die Arbeiten der deutschen Autoren besprochen werden, im Gegensatz zu den kritisch und objektiv gehaltenen Ausführungen des gleichen Verf. in seiner ausführlichen Arbeit. Ref.) *A. Jakob* (Hamburg).

Lafora: Familiäre Paralysis agitans. Differentialdiagnose gegen die Westphal-Strümpellsche Pseudosklerose. Anales de la acad. méd.-quirúrg. española Bd. **12**, S. 264—272. 1925. (Spanisch.)

Verf. hat 2 Familien mit familiärer Paralysis agitans beobachtet. In der einen waren von 8 Brüdern 5 von der Krankheit befallen, die zwischen 32 und 42 Jahren ausbrach, alle Eigenschaften der Paralysis agitans zeigte. In der anderen Familie entstand die Krankheit zwischen 32 und 36 Jahren bei 3 Brüdern, den einzigen Überlebenden von 13 Brüdern. Die Mutter leidet seit ihrem 32. Jahre an derselben Krankheit, ebenso litt daran deren Vater, bei dem sie mit 34 Jahren begonnen hatte. Letzterer, also der Großvater der 3 Kranken, war zweimal verheiratet. Aus der ersten Ehe stammte die erwähnte Tochter; ein gesunder Sohn aus der zweiten hatte mit einer gesunden Frau 5 Kinder, von denen eine Tochter an Paralysis agitans leidet. Der Großvater hatte einen gesunden Bruder, dessen gesunde Tochter einen einzigen Sohn hat, der mit 32 Jahren an Paralysis agitans erkrankte. Es handelt sich also in der einen Familie um familiäres, nicht hereditäres Auftreten der Krankheit, während sie in der anderen hereditär und zwar in Mendelschem Sinne auftritt. Leberveränderungen, Cornealring, Syphilis, Kropf fanden sich nirgends. Es sind bereits von verschiedenen Autoren ähnliche Fälle beschrieben worden, und zwar bald als Paralysis agitans, bald als Pseudosklerose. Eine sichere Unterscheidung konnte bisher weder klinisch noch pathologisch-anatomisch getroffen werden. Verf. glaubt, daß eine Unterscheidung zwischen den beiden Krankheiten nicht möglich ist. — In der Diskussion wird vom Vortr. die emotionale Entstehung der Paralysis agitans abgelehnt. *Reich* (Breslau).

Hassin, G. B., and Peter Bassoe: Parkinsonian states. Clinico-pathologic studies. (Parkinson-Zustände. Klinisch-pathologische Studien.) (*Presbyterian hosp., Chicago.*) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **15**, Nr. 2, S. 218—238. 1926.

Nach Erörterung der bisherigen Anschauungen über den eigentlichen Parkinson oder die Paralysis agitans und die sog. postencephalitischen Parkinson-Syndrome beschreiben die Verff. in klinischer und pathologisch-anatomischer Beziehung 4 eigene Fälle (1 Fall von typischem Parkinson-Syndrom bei einem Syphilitiker, einen ähnlichen Zustand nach Kopftrauma bei einem Kind, einen Fall von genuiner Paralysis agitans und einen Parkinson-Zustand bei akuter epidemischer Encephalitis). Sie kommen dabei zum Schluß, daß Parkinsonsche Zustände, die sich namentlich durch eine charak-

Digitized by Google

teristische Rigidität, durch Ausdruckslosigkeit des Gesichts, Verlangsamung der willkürlichen Bewegungen, Hypertonie und Tremor ohne Symptome von Pyramidenbahnläsion auszeichnen, eine ausgedehnte Gruppe von verschiedenen klinischen Einheiten unter dem Bilde der Paralysis agitans umfassen. Das allen gemeinsame anatomische Substrat bilden Läsionen des extrapyramidalen Systems, besonders der Basalganglien und der Substantia nigra. Diese Läsionen können entweder rein degenerativ oder mit entzündlichen Prozessen verbunden sein; ersteres ist bei der klassischen Paralysis agitans, letzteres bei postencephalitischen Zuständen der Fall. Diese beiden Gruppen bilden verschiedene pathologische Einheiten. Das überwiegende Befallensein bestimmter Bestandteile des extrapyramidalen Systems mag mit zeitlichen Momenten und der zugrunde liegenden Ätiologie (Infektion bei postencephalitischen Zuständen, vaskuläre oder senil-parenchymatöse Veränderungen beim klassischen Parkinsonismus) zusammenhängen. *M. Minkowski* (Zürich).

Burr, Charles W.: A study of the last 515 cases of Saint Vitus's dance treated at the clinics of the orthopedic hospital and infirmary for nervous diseases. (Studie über die letzten 515, im orthopädischen und neurologischen Krankenhaus beobachteten Choreafälle.) Atlantic med. journ. Bd. 28, Nr. 9, S. 568—572. 1925.

Von den 515 Choreafällen fand sich in 92 Fällen Chorea, in 119 Fällen Gelenkrheumatismus, in 6 Fällen Epilepsie bei den nächsten Angehörigen. Von den Kranken selbst ist zu sagen, daß keineswegs Zartheit und Schwächlichkeit besonders disponierend wirkt; in 163 Fällen war eine Tonsillitis längere oder kürzere Zeit vorhergegangen; Tonsillektomie schützt nicht vor Ausbruch der Chorea; in 84 Fällen war eine Erkrankung an akutem Gelenkrheumatismus vorhergegangen. Der Ausbruch der Chorea fiel am häufigsten in das Alter zwischen 5 und 16 Jahren. In einigen Fällen wurde die Erkrankung chronisch, wobei von Zeit zu Zeit schwere Exacerbationen auftraten; in einem Falle wurde eine Dauer von 10 Jahren beobachtet. Psychisch fiel während der Erkrankung besonders eine emotionelle Unbeständigkeit, Konzentrationsunfähigkeit und Schlaflosigkeit auf. Die in schweren Fällen sich entwickelnden Geistesstörungen wiesen Verwirrtheit und manische Zustände auf; die Prognose derselben ist sehr schlecht. Ziemlich selten war die sog. paralytische Chorea, bei der im Verlauf der Erkrankung in der einen oder anderen Extremität Lähmungen auftraten; zuweilen begann die Erkrankung auch mit derartigen Lähmungserscheinungen. Die Behandlung, durch welche die Erkrankung außerordentlich abgekürzt wird, besteht vor allen Dingen in Bettruhe, am besten im Krankenhaus; günstig wirkt lacto-vegetabilische Diät; durch Arsen wurde keine Besserung gesehen; Sedativa sind nur nötig, um einer Erschöpfung durch die Muskelunruhe vorzubeugen. *W. Misch* (Berlin).

Lehoczky-Semmelweis, Koloman v.: Ein Fall von Chorea gravidarum mit histologischem Befund. (*I. Frauenklin., Univ. Budapest.*) Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **50**, Nr. 10, S. 608—611. 1926.

23jährige Zweitschwangere hatte im 4. Monat eine polyarthrritische, fieberhafte Affektion. 4 Wochen später Beginn einer Chorea. Im 7. Monat Unterbrechung der Schwangerschaft. 2 Tage später Exitus. Sektion: Perivaskuläre Infiltrate aus Lymphocyten und — seltener — Plasmazellen im Striatum, Thalamus und der Subst. nigra. In letzterer auch Pigment führende Makrophagen. Nervenzellausfall und Gliakernwucherung im Putamen und Glob. pallidus. Nach Verlauf und Befund ist nicht eine Schwangerschaftstoxicose, sondern eine infektiöse Chorea anzunehmen. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Duzár, J.: Die hormonale Behandlung der Chorea minor. (*Kinderklin., Univ. Pécs.*) Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. **31**, H. 5, S. 520—532. 1926.

Verf. hält die Tatsache für gegeben, daß die Chorea in subcorticalen Zentren, und zwar nicht nur im Corpus striatum, sondern auch im Thalamus, im roten Kerne, in der Regio subthalamica ihren Sitz hat. Das Krankheitsbild der Chorea gehört in die Gruppe der „Enthemmungssymptome". Da bei der Chorea im wesentlichen ein hypotonischer Zustand mit Hyperkinese besteht und das Nebennierenhormon eine spezifische Wirkung auf den Muskeltonus ausübt, ist eine Behandlung der Chorea mit diesem

Digitized by Google

Mittel begründet. Verf. injiziert intravenös 0,1 mg Tonogen auf 1,0 ccm phys. Kochsalzlösung, und zwar durch 3 Tage 2 mal täglich. Dann werden subcutane Einspritzungen von Tonogen, täglich einmal 1 ccm, vorgenommen. Da das Adrenalin in der alkalotischen Phase am besten seine Wirkung ausübt, verordnet Verf. während der Kur 5 bis 6 Kaffeelöffel $NaHCO_3$ (Sodabicarbonat) täglich. Verf. berichtet über sehr gute Heilerfolge bei den zur Behandlung herangezogenen schweren Fällen. *Zappert* (Wien).

Albrecht, O.: Zur Therapie extrapyramidaler Bewegungsstörungen. Wien. med. Wochenschr. Jg. **76**, Nr. 3, S. 88. 1926.

Verf. hat einen Fall einer linksseitigen extrapyramidalen Bewegungsstörung von athetotischem Charakter 3 Monate nach Beginn der Bewegungsstörungen zu behandeln begonnen. Die Behandlung bestand in vollständiger Bettruhe, täglich 5 ccm einer 40proz. Urotropinlösung, dann jeden 3. Tag Yatren-Caseinlösung aufsteigend von 0,5 bis zu 8 ccm intravenös. Nach 3 Wochen waren die Bewegungsstörungen fast vollständig geschwunden. Nachbehandlung mit Kakodylinjektionen und Übungstherapie zur Sicherung des Gehens. *Sittig* (*Prag*).

Aphasie, Agraphie, Apraxie, Agnosie:

Laignel-Lavastine et Valence: Grande aphasie de Wernicke avec déficit particulièrement marqué de la représentation spatiale. (Komplette Wernickesche Aphasie mit besonders ausgeprägtem Defekt der Raumvorstellung.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **42**, Nr. 7, S. 270—272. 1926.

56jähriger Mann, Alkoholiker, erkrankte mit psychischen Störungen, Abnahme des Gedächtnisses, Verwirrtheit, emotioneller Erregung. Lues negativ. Der Fall, der zunächst für eine senile Demenz gehalten wurde, stellte sich bei genauer Sprachprüfung als Wernickesche Aphasie heraus. Pat. konnte die meisten Gegenstände nicht richtig benennen, sprach paraphasisch; das Nachsprechen war gut, außer bei schwierigen Worten. Nur einfache Aufträge führte er aus. Es bestand Alexie, ideatorische Apraxie und Perseveration. Außerdem beobachteten die Verff. bei ihm eine Erscheinung, die P. Marie u. a. als Planotopokinesie bezeichnet haben. Sie besteht in einer Störung der Raumvorstellung in ihren Beziehungen zur Ausführung willkürlicher Bewegungen. Soll der Pat. z. B. einen ihm vorgehaltenen Bleistift ergreifen, so streckt er seine Hand aus, als ob er ihn erfassen wollte, öffnet und schließt die Hand, als hielte er ihn wirklich, obwohl er mit der Hand danebengegriffen hat. *Sittig* (Prag).

Morselli, Giovanni Enrico: Un caso di „afasia totale" traumatica guarita, recidivante per lesione nell'antica sede. (Ein Fall von „totaler Aphasie" durch Trauma, der geheilt und sodann durch eine neue Läsion an derselben Stelle zum Rezidiv gebracht wurde.) (*Istit. neuro-biol. Vitt. Emanuele III e clin. neuropsichiatr., univ., Milano.*) Riv. di patol. nerv. e ment. Bd. **31**, H. 1, S. 59—73. 1926.

Es handelt sich um eine komplette Aphasie nach Schußverletzung im Bereiche des linken motorischen Sprachzentrums, die nach 2 Jahren fast vollständig geheilt war. 7 Jahre nach dem Trauma entwickelte sich im Anschluß an eine Schädelplastik ein Hirnabsceß an derselben Stelle, und infolgedessen neuerlich totale Aphasie, die nach einigen Tagen teilweise zurückging, aber 3 Jahre nachher noch in Form einer motorischen Aphasie mit Alexie und rechtsseitiger Hemianopsie bestand. Die Beobachtung spricht dafür, daß die Läsion des motorischen Sprachzentrums nicht auf der kontralateralen Seite, sondern auf der Seite der Läsion kompensiert wird. Bemerkenswert ist auch das Auftreten einer Agraphie der linken Hand (der Pat. hatte nach dem ersten Trauma links schreiben gelernt) nach der zweiten, linksseitigen Läsion. Der Autor setzt dies mit der daneben bestehenden rechtsseitigen Hemianopsie in Beziehung und nimmt an, daß vor allem die visuelle Komponente der Schreibfunktion betroffen war. *Erwin Wexberg* (Wien).

Alexander: Un cas de palilalie. (Ein Fall von Palilalie.) Journ. de neurol. et de psychiatrie Jg. **25**, Nr. 8, S. 530—531. 1925.

63jähriger Mann erkrankte allmählich an einer progressiven Verblödung, Zwangsweinen und den typischen Erscheinungen der Palilalie. *Sittig* (Prag).

Lhermitte, Jean, Gabrielle Lévy et N. Kyriako: Les perturbations de la répresentation spatiale chez les apraxiques. A propos de deux cas cliniques d'apraxie. (Die Störung der Raumvorstellungen bei Apraktikern.) (*Soc. de neurol., Paris, 5. XI. 1925.*) Rev. neurol. Jg. **32**, Bd. **2**, S. 586—600. 1925.

Auf Grund zweier Fälle glauben die Vortragenden behaupten zu dürfen, daß Störungen der Raumvorstellungen und ihrer Beziehungen zur Spontanmotilität der apraktischen Störung zu Grunde liegen. In dem 1 Falle bestanden ohne jegliche

Digitized by Google

Lähmungserscheinungen abnorme Haltung des r. o. E., Verlust der Fähigkeit, gewisse einfache oder komplizierte Handlungen auszuführen oder zu schreiben oder Figuren zu kopieren. Astereognosie bestand nicht. Pat. war sich der Lage seiner Extremitäten gut bewußt, konnte aber mit der einen Hand die Lage der anderen nicht reproduzieren. Im 2. Falle handelte es sich ebenfalls um abnorme Lage der l. o. E. und ähnliche, wie im 1. Falle, apraktische Erscheinungen. Im 1. Falle bestanden Reste einer motorischen Aphasie, im 2. trug die Aphasie eher den Charakter einer sensorischen. Indem sie sensible, intellektuelle und aphasische Störungen aus dem Mechanismus ausschließen, der die Apraxie hervorrufen soll, glauben sie in der Störung der Raumvorstellung die Grundlage der Apraxie gefunden zu haben, ohne übrigens irgendwelche gewichtige Gründe für diese Anschauung zu bringen. *M. Kroll* (Minsk).

Keller, Koloman: Kleinhirnsymptome bei Herderkrankungen des Großhirns. (Adiadochokinese als Apraxie.) (*Krankenversicherungsanst. d. ungar. Post., Budapest.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. **90**, H. 1/3, S. 136—145. 1926.

Bei 2 mit Aphasie einhergehenden Fällen von rechtsseitiger Hemiplegie wurde links Adiadochokinese beobachtet. Ein Fall von Endotheliom im oberen Teil der vorderen Zentralwindung mit bis auf 1 cm an den Ventrikel heranreichenden Veränderungen des Gewebes zeigte bei noch nicht vorhandener Parese des rechten Armes dort Adiadochokinese und (nach der Beschreibung wohl ideokinetische) Apraxie. Später kommt auch eine Adiadochokinese im linken Arm hinzu. Verf. setzt die linksseitige Störung der Diadochokinese in Parallele zur linksseitigen Balkenapraxie bei rechtsseitiger Hemiplegie und betrachtet sie als allein in Erscheinung tretendes Symptom einer Apraxie. Ebenso wird die bei dem Tumor beobachtete Adiadochokinese rechts als apraktisch aufgefaßt. Es sei also neben der cerebellaren Form der Adiadochokinese noch eine corticocerebrale Form von ausgeprägt apraktischem Charakter zu unterscheiden. *Hans Strauss* (Frankfurt a. M.).

Scripture, May Kirk, and John A. Glassburg: Behavioristic attitudes caused by speech disorders. (Sprachstörungen als Ursache von Gebarensweisen.) (*Vanderbilt clin., Columbia univ., New York.*) Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. **69**, Nr. 1, S. 17—22. 1926.

Die Verff. besprechen zunächst den Einfluß der Lebensweise, der Gesellschaftsklasse, der Berufsart auf die Sprache. Aber auch umgekehrt übe die Sprache, besonders Sprachstörungen einen Einfluß auf das intellektuelle und moralische Verhalten der betreffenden Person aus. Es wird dies an einem Beispiel von Stottern gezeigt und an einem Kinde, das 3 verschiedene Sprachen in seiner Umgebung hörte. Diese Störungen sind heilbar, und je eher mit der Behandlung begonnen wird, um so besser ist der Erfolg. *Sittig* (Prag).

Dworak, Karoline: Untersuchungen über den Stand der Intelligenz der Schüler einer Sonderklasse für sprachgestörte Kinder in Wien. Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. **31**, H. 3/4, S. 236—283. 1925.

Es wurde eine von Rossolimow „für quantitative Bestimmung psychischer Vorgänge bei Normalen und pathologischer Zustände des Nervensystems" angegebene und von Bartsch für Normalschulkinder bearbeitete Methode verwandt und nach dem Vorgang Rossolimows die Ergebnisse in sog. „psychologischen Profilen" graphisch dargestellt. Dabei ermöglicht eine Reihe von 10 Beispielen die Feststellung einer prozentuellen Leistung. Durch besondere Aufgaben sollen im Einzelnen die Aufmerksamkeit (Konzentration), der Wille (Widerstand gegen Suggestion), die Merkfähigkeit, das Gedächtnis für optische Wahrnehmung, für Elemente der Rede, für Zahlen, die Auffassung, Kombinationsfähigkeit, Einbildungskraft, Beobachtungsfähigkeit geprüft werden. Die Prüfungen an 9 Schülern sind eingehend unter Wiedergabe des sonstigen psychischen Verhaltens mitgeteilt. Ein Vergleich der Kurven zeigt, daß diese im Allgemeinen gleichsinnig verlaufen, d. h., daß die Klasse ungefähr die gleiche Qualität der Schüler hatte, aber diese waren quantitativ in den gleichsinnigen Kurventeilen verschieden. Die Kurven der Stotterer gehörten zu den besten, die der Agrammatiker zu den schlechtesten. Die Begabungsunterschiede waren in der Klasse erhebliche, weshalb weitgehende Individualisierung und Beschränkung der Schülerzahl erforderlich erachtet wird. Bei Feststellung der „durchschnittlichen Profilhöhe"

Digitized by Google

fand sich der niedrigste Punkt beim Widerstand gegen Suggestion, der höchste beim Wiedererkennen von Bildern und Zusammensetzen zerschnittener Bilder. Die Durchschnittsprofilhöhe war so, daß der Klasse ein Platz zwischen einer Normalschulklasse und einer Hilfsschulklasse anzuweisen wäre, während bis jetzt in der Sonderklasse die Erreichung eines normalen Schulziels verlangt wird. Da die Stammler und Agrammatiker oft aus hörstummen Kindern hervorgehen, die mehrere Jahre am normalen Entwicklungsgang des Kindes nicht teilgenommen haben, besteht ein „Bildungsrückstand" bei diesen, der sich bei entsprechender Intelligenz in 1—2 Jahren nach Erlernen der Sprache verliert. *W. Runge* (Chemnitz).

Hirngeschwulst, Hirnabsceß:

Horrax, Gilbert: Present day considerations of brain tumors. (Aktuelle Betrachtungen über Hirntumoren.) New York state journ. of med. Bd. **26**, Nr. 5, S. 186 bis 189. 1926.

Statistik an 1000 verifizierten Hirntumoren der Cushingschen Klinik — 1. Gliome. Bilden 40% der Tumoren. Kommen vor in jedem Alter und jeder Lokalisation. Wachsen im allgemeinen am schnellsten. Gewöhnlich Hirndruck und Stauungspapille. Am häufigsten subkortikal, daher selten Krämpfe. Selten kalkhaltig. Exstirpation oder Dekompression und Röntgenbestrahlung, die oft gute Resultate (manchmal für einige Jahre) liefert. Bei cystischen Formen Entleerung und Fixierung der Wände mit Zenker oder Formalin, evtl. Entfernung des oft in die Cyste hineinragenden Gliomknotens; sehr gute Erfolge. Bei subkortikalen Tumoren spricht Blutung aus der sondierenden Nadel für Gliom. Pons und Mittelhirngliome sind noch immer inoperabel. — 2. Hypophysentumoren. Adenome bilden 20%, suprasellare Cysten 5%. Am häufigsten zwischen dem 15. und 40. Jahr. Am besten teilweise Entfernung. Röntgennachbestrahlung ist nicht ohne Gefahr. Die suprasellaren Cysten am häufigsten bei Kindern. Operation vom Lopus frontalis aus, der heraufgezogen wird, um zum Chiasma zu kommen. Operation gefährlich, Röntgenstrahlen wirkungslos. — 3. Meningiome (Endotheliome). Bilden 12%. Dazu gehören auch Sarkome, Fibrosarkome usw. Nicht maligne verdrängen nur das Gehirn. Wachsen langsam. Oft radiologisch faßbare Veränderungen der anliegenden Knochenstelle. Wenn sie vom Sinus longitudinalis ausgehen, machen sie zuerst Symptome des oberen Teiles der vord. Zentralwindung usw. Oft auch vom Boden der Fossa anterior ausgehend, dann psychische Störung, bei einseitigem Sitz Anosmie und Opticusatrophie dieser Seite, dagegen Stauungspapille der Gegenseite. Beim Sitz in der Regio post-orbitalis resp. antero-temporalis Knochenverdickung und einseitiger Exophthalmus. Bei Meningiomen ist der Schädel oft blutreicher, daher oft zweizeitige Operation. Prognose „ausgezeichnet". Die Jacksonanfälle können noch lange bleiben. — 4. Neurinome (Acusticustumoren). 9%. Beginn stets mit Ohrgeräuschen und steigender Taubheit auf einer Seite. Totale Entfernung ist in der Regel gar nicht zu empfehlen, sondern Spalten der Kapsel und Auslöffeln. — 5. Infektiöse Granulome (Tuberkulome, Gummen). Nur 4%. Tuberkulome sollen nicht operiert werden wegen Gefahr der Meningitis. Bei Gummen ev. Dekompression und antiluetische Kur. — Die gemischten und metastatischen Tumoren (Carcinome, Angiome, Cholesteatome usw.) umfassen 10%. — Die Arbeit ist so konzis gehalten, daß wir bloß wenige der dort angeführten Tatsachen referieren können.

Josef Wilder (Wien).

Alfes, H., und K. Eggert: Tumoren des Gehirns und des Rückenmarks. (*Städt. Krankenanst., Bremen.*) Med. Klinik Jg. **22**, Nr. 5, S. 171—174. 1926.

Kurzer Bericht über 18 Hirn- und 2 Rückenmarkstumoren. Nach Ausschluß eines Tuberkels und eines nicht verifizierten Falles bleiben 16 Hirntumoren, von denen 14 auch autoptisch verifiziert sind. 15 mal wurde klinisch die Allgemeindiagnose, 9 mal auch die Lokaldiagnose gestellt. Es folgt eine Statistik des Alters, der Lokalisation, des anatomischen Charakters, der Krankheitsdauer. 14 Fälle starben, 1 lebt noch,

Digitized by Google

das Schicksal des letzten ist unbekannt. Operiert wurde in 6 Fällen, 4 mal radikal, 2 mal palliativ. Kopfschmerz bestand in allen Fällen, Stauungspapille 10 mal, je einmal temporale Atrophie und verwaschene Papille. Die Stauungspapille war 4 mal auf der gesunden, 2 mal auf der kranken Seite stärker ausgebildet. Die Punktion ergab in allen Fällen mit Ausnahme eines Ponstumors erhöhten Druck von über 500 mm, in 4 Fällen Zellvermehrung, meist keine Globulinvermehrung. In 2 Fällen kam Trauma als Ursache in Betracht. — Von den 2 Fällen von Rückenmarkstumoren wurde der eine, ein Fibrosarkom, erfolgreich operiert und lebt, der andere — ein Sarkom — starb ohne Operation. *Erwin Wexberg* (Wien).

Smith, Jens Christian: Tumor cerebri, Pleocytosis spinalis und die Eiweißverhältnisse der Spinalflüssigkeit. 102 lumbalpunktierte und bei Operation oder Sektion verifizierte Fälle. (*Kommunehosp. u. psychiatr. Univ.-Laborat., Kopenhagen.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 89, H. 4/6, S. 278—292. 1926.

Liquorbefund bei 102 verifizierten Fällen von Tumor cerebri. 30 von ihnen hatten eine Zellzahl von 1/3 und darunter, bei 46 fanden sich 2/3—9/3, bei den übrigen (rund 25%) Zellvermehrung von mindestens 10/3. Bei einem Sarkom und einem Gliom bestanden Zellzahlen von mehr als 200/3, beide waren ohne entzündliche Veränderungen. Unter 9 Fällen von Peri-Endotheliom hatte keiner mehr als 9/3 Zellen. Alle 3 Fälle von Tumor des Corpus callosum hatten erhebliche Zellvermehrung, von den Tumoren des Chiasma keiner. Auch intracerebrale Tumoren, die nicht an die Meningen heranreichten, wiesen Zellvermehrung auf. — Unter 96 Fällen hatten 43 Globulin- und 93 Eiweißvermehrung. Eiweißvermehrungen sind also bei Tumoren häufiger und stärker als bei Encephalitiden. Ein Globulingehalt über 2 und Eiweißgehalt über 30 (Ross-Jones) spricht entschieden gegen chronische Encephalitis. Die landläufige Annahme, daß Eiweißvermehrung — als Kompressionssymptom — am häufigsten bei Tumoren der hinteren Schädelgrube vorkomme, bestätigt sich nicht. *Erwin Wexberg* (Wien).

Fried, B. M.: Sarcomatosis of the brain. (Hirnsarkomatose.) (*Peter Bent Brigham hosp., Boston.*) Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 15, Nr. 2, S. 205—217. 1926.

Im Gegensatz zu der früheren Anschauung sind die primären Geschwülste des Gehirns so gut wie nie mesodermaler Herkunft. Auch die besonders in Deutschland als diffuse Sarkomatose der Hirnhäute beschriebenen Fälle sind nach Ansicht Cushings und seiner Schule gliomatöser Natur. Verf. fand unter 400 Hirntumoren nur ganz vereinzelte, die möglicherweise als Sarkome aufzufassen waren.

Einen von ihnen teilt er mit: 33jähriger Patient erkrankt akut unter den Allgemeinerscheinungen eines — nicht lokalisierbaren — Hirntumors und stirbt 2 Monate später. Sektion ergibt nur einen kleinen Tumorknoten in der l. linken Schläfenwindung. Mikroskopisch: Tumorausbreitung im ganzen Groß- und Kleinhirn, Pons, Medulla und Meningen. Die Tumorzellen werden von kleinen Rundzellen mit zahlreichen Mitosen gebildet und liegen ganz vorzugsweise perivaskulär. Nervengewebe und Glia zeigen schwere Degeneration. Da auch mit den neuen Methoden weder für Spongioblasten noch für Neuroblasten charakteristische Strukturen aufzufinden waren und die Beziehung zur Gefäßadventitia sehr deutlich war, so ist die sarkomatöse Natur des Tumors naheliegend. Eine Metastase eines Primärtumors an anderer Stelle (es war nur die Schädelsektion gemacht) hält Verf. für unwahrscheinlich, da die allein in Frage kommenden Lymphosarkome nur bei protrahiertem Verlauf und nicht im Gehirn Metastasen setzen. (Letzteres nicht richtig. Ref.) Der Fall des Verf.s ähnelt sehr dem zweiten von Cassirer und Lewy. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Derman, G. L.: Zur Kenntnis der Teratome des Gehirns. (*Pathol. Inst., Univ. Berlin.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 259, H. 3, S. 767—772. 1926.

1 Monat altes Kind mit von Geburt an bestehendem und weiterhin wachsendem Hydrocephalus. Sektion: Kindsfaustgroßer Tumor zwischen beiden Großhirnhemisphären im Bereich des hinteren Balkenabschnittes, der Vierhügel und der Brücke, der im Zusammenhang mit dem Plexus chorioideus des rechten Seitenventrikels steht. Mikroskopisch enthält er an Plexus chorioideus erinnernde drüsenartige und papilläre Gebilde, Plattenepithelien, Fettgewebe, hyalinen Knorpel, Knochen-, Muskel- und Gliagewebe und ist deshalb als Teratoma biphyllicum cerebri, wahrscheinlich vom Plexus ausgehend, zu bezeichnen. Verf. betont mit Heijl das fast regelmäßige Vorkommen von Nervengewebe in Teratomen. *Fr. Wohlwill.*

Digitized by Google

Wolff, Károly: Von einem diffus pigmentierten Gliom der linken Gehirnhemisphäre. Magyar orvosi arch. Bd. **26**, H. 6, S. 497—504. 1925. (Ungarisch.)

Ein 34jähriger Mann erkrankt 2 Jahre nach einem Fall auf den Kopf mit Tumorsymptomen und bei der bald erfolgten Autopsie fand Verf. ein eiförmiges, höckerig gestaltetes Gliom in dem linken Parietal- und Occipitallappen, in der Größe von 8×6×5 cm. Die einzelnen Höcker sind verschieden, bald dunkelgrau, bald gelbgrau. Mikroskopisch besteht der Tumor aus einem ungleichmäßig dicht gebauten Gliasyncytium, in dessen gefäßreichen Gebieten um die Gefäße geordnet, aber auch frei, Verf. erythrocytenähnliche Pigmentgebilde beobachten konnte. Diese waren durch Mineralsäure, Ammoniak und Laugen nicht zu beeinflussen, dagegen färbten sie sich mit Methylviola rotviolett oder violett, mit Pikrofuchsin gelbrot, differenziert mit polychromem Methylenblautannin dunkelblau und durch Eisenhämatoxylin schwarz. Verf. hält sie für Umwandlungsprodukte der zugrunde gegangenen Erythrocyten. Die Tinktion des Kernchromatins geht mit der Sichtbarkeit des Kernes parallel, ist mit Hämatoxylineosin bald blau, bald bräunlich. In den Kernen ist die Fettreaktion positiv. Außerdem sah Verf. an kernarmen Stellen im Nativpräparat lebhaft braun-rötliche Pigmenthaufen, bestehend aus fein verteiltem Staub, ähnlich wie in den Kernen. Dieses Pigment ist nativ braun, mit Nilblausulfat dunkelgrünlichblau, mit Mallory-Triacid blau, wird durch 10proz. Hydrog. superox. nicht entfärbt, färbt sich mit Sudan rotgrün oder rotbraun, Gmelinprobe negativ, Berlinerblau negativ, Kóssa-Reaktion negativ, nach Anwendung von Fettlösungsmitteln Fettreaktion noch immer positiv, nach 12tägiger Versilberung nach Levaditi ist das Pigment braun oder braunschwarz, mit Eisenhämatoxylin braunschwarz oder schwarz. Verf. hält das Pigment in dem Kern und das Pigment an kernlosen Stellen des Plasma für identisch und denkt, daß das zweite aus dem erstgenannten herstammt. Das Pigment besitzt sowohl Fett- wie Lipoidkomponenten in verschiedener Menge, wodurch die verschiedene Stärke der Fettfärbung erklärlich ist. Verf. wäre geneigt anzunehmen, daß das Pigment seine Fettkomponente aus dem Kerne mitbringt, wogegen die Eiweißkomponente durch Osmose aus dem Protoplasma entsteht. Verf. ist der Ansicht, daß sein Fall die zweite gleichartige Veröffentlichung in der Literatur ist; diese seine Ansicht ist aber ein Irrtum. (Vgl. Oberndorfer, dies. Zentrlbl. **26**, 1.)

Kluge (Budapest).

Hernandez Ramirez, Rafael, und Aristides Barrancos: Großer Tumor des linken Stirnlappens. Rev. del circulo méd. de Córdoba Jg. **13**, Nr. 5/8, S. 65—74. 1925. (Spanisch.)

Eine 38 Jahre alte Frau erkrankte 3 Jahre vor der Aufnahme an allgemeinen, nicht den Jacksonschen Typus aufweisenden Krämpfen. Bei der Aufnahme dement, unreinlich. Während der ersten 10 Tage wurde ein typischer Anfall beobachtet mit besonderer Beteiligung der Arme. In der Folge lag Pat. teilnahmslos und mit leerem Gesichtsausdruck zu Bette. Sie antwortete explosiv mit einzelnen Worten. Örtlich und zeitlich unorientiert, erhebliche Gedächtnisschwäche. Pupillen gleich, ohne Reaktion auf Licht und Akkommodation. Blicklähmung nach links, Nystagmus. Abdominalreflex links 0, rechts —. Sehnenreflexe ++, Fuß- und Patellarklonus. Babinskireflex links +, nach einigen Tagen 0 und rechts +. Spastische Paraplegie. Atrophie der Wadenmuskeln. Die Verff. dachten an multiple Sklerose. Ophthalmoskopisch Ödem der Papillen. Bei der Lumbalpunktion Entleerung von etwa 40 ccm Liquor unter hohem Druck. Jetzt wurde die Diagnose auf Tumor gestellt. Die Röntgenuntersuchung hatte kein sicheres Ergebnis für die genauere Lokalisation. Der Wechsel des Babinskireflexes, die Sprachstörung und die Abweichung des Kopfes nach links sprachen für einen Tumor der linken Seite in der Gegend des Stirnhirns. Nach einer Probetrepanation entsprechend der linken Zentralwindung besserten sich der komatöse Zustand und die Sprache. Tod nach einigen Tagen an Bronchopneumonie. Die Sektion ergab einen faustgroßen Tumor des linken Stirnhirns.

Ganter (Wormditt).

Shuman, John W.: Two cases of sudden death associated with fourth ventricular tumor. (Zwei plötzliche Todesfälle bei Tumor des 4. Ventrikels.) Ann. of clin. med. Bd. **4**, Nr. 7, S. 595—598. 1926.

Zwei klinisch kaum beobachtete Patienten kommen einige Stunden nach einer Morphiuminjektion ad exitum. Die Autopsie ergibt in beiden Fällen einen vom Boden des 4. Ventrikels ausgehenden Tumor, einmal eine Cyste, im anderen Falle eine vom Ependym ausgehende Geschwulst, deren histologische Natur aus der Beschreibung nicht mit Sicherheit zu bestimmen ist.

Hans Strauss (Frankfurt a. M.).

Sosman, Merrill C.: A consideration of aneurisms of the internal carotid artery and tumours at the base of the brain. (Über Aneurysmen der Carotis interna und Tumoren an der Basis des Gehirns.) Brit. journ. of radiol. Bd. **30**, Nr. 305, S. 468—471. 1925.

Verf. zeigt an Hand von 1100 Gehirntumoren, die auf Dr. Cushings Klinik zur Beobachtung kamen, daß das Röntgenogramm nicht nur für die Diagnose, sondern auch spez. für die Lage und die historische Struktur von großer Bedeutung sein kann.

Digitized by Google

In der Struktur der Tumoren zeigten sich oft dicke, rauhe Streifen, die von Kalkablagerungen herrührten. In den Gliomen des Gehirns wurden diese Kalkablagerungen selten gefunden, oft jedoch in den Adenomen der Hypophyse und den, diesen nahestehenden suprasellaren cystischen Tumoren. Bei Endotheliomen der Dura zeigen die Knochen der Schädelbasis auf dem Röntgenogramm oft schwammige Auftreibungen, die für die Lokalisation bei der Operation wertvolle Fingerzeige geben. Intrakranielle Aneurysmen der Carotis interna und der anstoßenden Arterien des Circullus Willisii sind im Röntgenbild kenntlich, wenn sie auf arteriosklerotischer oder degenerativer Verdickung der Wand beruhen. Bei 20 unter 10 Fällen traf dies zu. Bei den übrigen handelte es sich um Embolien, Traumen, nie dagegen um Syphilis. Unter den klinischen Symptomen dieser Aneurysmen spielen epileptische Anfälle die Hauptrolle, ferner einseitige Ophthalmoplegie, Exophthalmus und Gefühlsstörungen im Trigeminus. Einige Male war der Aneurysmasack geplatzt und der blutige Liquor erhärtete die Diagnose. Diese Aneurysmen an der Basis des Gehirns können leicht mit Endotheliomen verwechselt werden, wenn letztere ohne deutliche Knochenveränderungen einhergehen. *Gierlich* (Wiesbaden).

Heine, L.: Zwei Doppelfälle von Tumor des Kleinhirnbrückenwinkels mit und ohne Neurofibromatose. (*Univ.-Augenklin., Kiel.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **100**, H. 4/5, S. 481—488. 1926.

4 Fälle von Neurofibromatose, von denen je 2 ganz außerordentlich große Ähnlichkeiten miteinander in der Symptomatologie und im Verlauf aufwiesen. Bei den beiden ersten Fällen, 2 jungen Männern von ca. 20 Jahren, begann das Leiden mit einer durch einen Supraclaviculartumor hervorgerufenen Lähmung der Hand resp. des Armes, dann kam Heiserkeit und Schwerhörigkeit; außerdem fand sich in beiden Fällen Nystagmus und Stauungspapille. Der 2. Doppelfall betraf Mutter und Sohn: Der Sohn erkrankte mit 7 Jahren mit den Zeichen einer Kleinhirnbrückenwinkelgeschwulst; der Prozeß kam zum Stillstand. — 10 Jahre später erkrankte die Mutter mit den gleichen Symptomen und zeigte bei der Autopsie einen Acusticustumor. Heine kann sich angesichts der weitgehenden klinischen Übereinstimmungen der Symptome und ihres zeitlichen Auftretens „kaum dem Gedanken verschließen, daß hier ein gewisser Turnus von Prädilektionsstellen innegehalten ist". Vielleicht finden sich derartige Verhältnisse öfter, wenn man danach sucht. *Paul Schuster* (Berlin).

Steurer, O.: Zur Klinik und Pathologie der Neurofibromatosis des Gehirns und des Hörnerven. Zugleich ein Beitrag zur Klinik der psychogenen Hörstörungen. (*Univ.-Klin. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankh., Tübingen.*) Folia oto-laryngol., I. Tl., Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol., Otol. u. ihre Grenzgeb. Bd. **14**, H. 3, S. 154—156. 1926.

Fall von autoptisch bestätigtem doppelseitigem Acusticustumor, der im Kriege unter der Diagnose hysterische Absperrungstaubheit oder Simulation im Hysterikerlazarett behandelt wurde. Die damaligen Störungen dürften schon durch Tumorbildung bedingt gewesen sein. *K. Löwenstein* (Berlin).

Insabato, Luigi: Crisi di opistotono e morte improvvisa in un caso di tumore della fossa cranica posteriore. (Opisthotonus-Krisen und unvorhergesehener Tod bei einem Fall von Tumor der hinteren Schädelgrube.) Cervello Jg. **5**, Nr. 1, S. 20—25. 1926.

Bei dem 17jährigen Kranken bestehen seit 4 Monaten im Hinterkopf lokalisierte Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, allgemeine Schwäche, taumelnder Gang, ab und zu Summen im linken Ohr. Objektiv finden sich: doppelseitige Stauungspapille, Nystagmus nach rechts und links, Abducensparese links, leichte Schwäche des linken Facialis, allgemeine Schwäche und Hypotonie der Extremitäten, gesteigerte Sehnenreflexe links, Babinski und Gordon links. Fallen nach hinten. Puls klein, beschleunigt. Atmung unregelmäßig. Unter heftigsten Kopfschmerzen treten Anfälle auf mit tonischer Streckung des Halses, des Rumpfes und der Beine bei gleichzeitiger Beugung der Arme. Pupillen reagieren, Bewußtsein erhalten, Puls verlangsamt, Cheyne-Stokessches Atmen. Dauer des Anfalles $^1/_4$ Stunde. Plötzlicher Exitus. Keine Autopsie. Es wird ein Tumor der hinteren Schädelgrube, wahrscheinlich des linken Kleinhirnbrückenwinkels angenommen. Die Anfälle werden auf plötzliche Erhöhung des intracraniellen Druckes zurückgeführt und teils als Reaktion auf die Schmerzen, teils als Reizerscheinungen von seiten des Kleinhirns und Labyrinths gedeutet. *Hans Strauss* (Frankfurt a. M.).

Digitized by Google

Derr, John S.: Brain tumor: Response to radiation. (Über einen erfolgreich mit Strahlen behandelten Hirntumor.) Radiology Bd. **6**, Nr. 1, S. 66—67. 1926.

Bei einem 16jährigen Mädchen mit Lähmungserscheinungen und Sehstörungen fand sich bei der im Oktober 1921 vorgenommenen Trepanation ein cystisches Gliom im linken Kleinhirnlappen. Punktion ergab 30 ccm Flüssigkeit, der Tumor wurde sonst nicht weiter operativ angegangen. Unter Röntgenbehandlung fortschreitende Besserung. Im Oktober 1923 völlig klinisch geheilt. Im Oktober 1924 nochmals operiert, da man im Bereiche der Trepanationsöffnung neue Tumormassen in der Tiefe zu tasten glaubte. Es stellte sich heraus, daß die rechte Trepanationsöffnung mit neugebildetem Knochen ausgefüllt war, der bei der Palpation den Eindruck eines Tumors erweckt hatte. An Stelle des alten Tumorherdes im linken Kleinhirnlappen fanden sich nur noch gelbliche Granulationsmassen. Die Patientin war im Oktober 1925 noch beschwerdenfrei (4 Jahre in Beobachtung). *Alb. Simons* (Berlin).°°

Krivy, Miroslav: Etude anatomique d'un cas de tumeurs multiples des méninges. (Anatomische Untersuchung eines Falles von multiplen Meningealtumoren.) (*Hôp. Salpêtrière, Paris.*) Rev. neurol. Jg. **33**, Bd. **1**, Nr. 2, S. 154—163. 1926.

Drei Fibroendotheliome („Meningome"), ein mandarinengroßes im rechten Kleinhirnbrückenwinkel, ein kirschgroßes an der Unterfläche des Tentoriums nahe dem Sinus transversus, ein haselnußgroßes an der Falx cerebri im Gebiet der hinteren Zentralwindung. Trotz der Größe der subtentoriellen Tumoren und tiefer Impressionen der Kleinhirnsubstanz keine klinischen Erscheinungen, keine sekundären Degenerationen. Die theoretischen Ausführungen über Entstehung und Nomenklatur der Durageschwülste bringen nichts Neues. *Fr. Wohlwill.*

Rückenmark und Wirbelsäule:

Rückenmarksgeschwülste:

Henner, K.: Diagnose von Geschwülsten des Rückenmarkes. Časopis lékařů českých Jg. **65**, Nr. 6, S. 205—207. 1926. (Tschechisch.)

Von 5 Tumorfällen des Rückenmarks, die zur operativen Behandlung empfohlen wurden, war bei 4 die Höhendiagnose richtig gestellt worden, nur in einem Fall war der Tumor niedriger, als er nach der klinischen Untersuchung hätte sein sollen. Die Höhenbestimmung kann oft durch die klinische Untersuchung allein gemacht werden, die Lipiodoluntersuchung leistet aber, namentlich bei den Initialstadien, sehr wertvolle Dienste, sie ermöglicht auch die Differentialdiagnose einer Kompression gegenüber Rudiculitiden und Neuritiden, schließlich auch gegenüber den intramedullären Tumoren. Verf. erwähnt von weiteren chirurgischen Eingriffen am Rückenmark die vordere und laterale Chordotomie sowie die Transplantation der vorderen Wurzeln. Endlich weist er auch darauf hin, daß sich bei einem Falle von Rückenmarkskompression seiner Beobachtung noch lange nach der Heilung ein doppelseitiges Babinskisches Phänomen vorfand, was ihm dafür zu sprechen scheint, daß es nicht auf eine Degeneration der Pyramidenbahn, sondern auf eine Irritation derselben zurückzuführen ist.

Hans Zweig (Brünn).

Koževnikov, A.: Diagnostik der Rückenmarksgeschwülste. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria, Festschr. f. Prof. G. Rossolimo 1884—1924, S. 496—505. 1925. (Russisch.)

Bei einer 49jährigen Frau, die 3 Jahre über heftige Schmerzen in beiden Armen, besonders links, und in der Halsgegend klagte, entwickelt sich im Laufe von 5 Monaten eine vollständige schlaffe Lähmung beider unteren Extremitäten; später treten noch leichte Paresen der oberen Extremitäten, besonders eine Lähmung und Atrophie der Handmuskeln hinzu. Die Schmerzen sind besonders stark im linken Arm. Sensibilitätsstörung (totale Anästhesie) reicht bis zum ersten Dorsalsegment, und im Bereich der drei unteren Halssegmente ist die Sensibilität — für alle Qualitäten — herabgesetzt; die Hypästhesie trägt einen ausgesprochen radikulären Charakter. Die Sehnenreflexe — an den unteren Extremitäten — sind rechts herabgesetzt, links fehlen sie vollständig; keine spastischen Erscheinungen, keine pathologischen Reflexe. Bicepsreflex — beiderseits erhalten. Triceps zuerst vorhanden, später nicht mehr auszulösen. Bauchreflexe fehlen; réflexes de défense ebenfalls. Obstipation, Retentio urinae, die später in eine Ischuria paradoxa übergeht. Trophische Störung an der Haut in der Brustgegend. Decubitus in der Kreuzbeingegend. WaR. im Blut und in Liquor negativ. Xantochromie. Röntgen o. B. Auf Grund der sorgfältigen Untersuchung und der Anamnese (die hochintelligente Patientin machte sehr exakte Angaben über die Grenzen und den Grad und Charakter der Sensibilitätsstörungen) kam der Verf. zum Schluß, daß es sich um eine doppelte Neubildung handle, und

Digitized by Google

zwar einen extramedullären Tumor — von den Meningen ausgehend — erstens im Bereich der Halsanschwellung (intumescentia cervicalis) links und hinten (drei untere Halssegmente) und zweitens — in der Lumbalanschwellung — vorne und rechts, dafür sprachen die schlaffe Lähmung und das Fehlen der Reflexe sowie auch das frühere Verschwinden der Kniereflexe und des Achillesphänomens auf der rechten Seite und das frühere Eintreten der schlaffen Lähmung des rechten Fußes. Die Operation war beschlossen, aber kam nicht zur Ausführung, weil sehr bald eine Septicämie eingetreten war und die Patientin nach einem Monat gestorben war. Die Sektion bestätigte vollständig die am Leben gestellte genaue topische Diagnose; eine Neubildung aus den Rückenmarkshäuten ausgehend im Bereich der drei unteren Cervicalsegmente — links und hinten sitzend, und ein zweiter Tumor — in der Lendenanschwellung (intumescentia lumbualis) vorne und rechts, umfaßt alle Wurzeln dieser Gegend. Die Geschwulst war histologisch als Sarcoma fusocellularis erkannt. *L. Arinstein* (Charlottenburg).

Muratori, Enzo: Sopra un sarcoma renale con metastasi nel midollo spinale. (Über ein Nierensarkom mit Metastasen im Rückenmark.) (*Arcisped. Sant'Anna, Ferrara.*) Giorn. di psichiatr. clin. e tecn. manicom. Jg. **53**, H. 4, S. 268—276. 1926.

Im vorliegenden Fall bestanden klinisch die Erscheinungen einer Querschnittsunterbrechung mit Druckempfindlichkeit im Bereiche des 8. und 9. Brustwirbels, Wurzelschmerzen und positivem Kompressionssyndrom. Bemerkenswert — und durch den anatomischen Befund nicht erklärt — ist das Auftreten eines Anfalls mit tonischen Krämpfen in den oberen Extremitäten und im Gesicht, sowie eine rechtsseitige Facialislähmung. Eine autoptische Untersuchung des Gehirns konnte nicht vorgenommen werden, aber der Autor lehnt — unseres Erachtens mit Unrecht — die Annahme eines cerebralen Herdes ab. Die Obduktion ergab ein Nierensarkom, das intra vitam keine deutlichen Erscheinungen bewirkt hatte und infolgedessen nicht erkannt worden war, und Metastasen im Hals- und Brustmark.

Erwin Wexberg (Wien).

Jirásek, Arnold: Chirurgie des Rückenmarks. (*I. chir. klin., univ. Karlovy, Praha.*) Časopis lékařů českých Jg. **65**, Nr. 6, S. 198—205. 1926. (Tschechisch.)

Verf. bespricht zunächst die Fälle, wo statt eines erwarteten Tumors eine Meningitis spinalis gefunden wurde, und meint, daß der Operateur sich mit der Feststellung der letzteren nicht zufrieden geben, sondern der Ursache dieser Meningitis nachgehen solle. Er ist gegen die radikale Operation der intramedullären Tumoren, sondern für äußerste Schonung des Rückenmarks. Bei der tuberkulösen Spondylitis rät er, mit der Operation nur 6—8 Wochen zu warten, sobald sich die ersten Rückenmarkssymptome gezeigt haben. Auch bei den traumatischen Läsionen der Medullla spinalis empfiehlt er, mit dem chirurgischen Eingriff nicht länger als höchstens 14 Tage zu warten. Die mechanischen und chemischen Schädigungen, welche die Blut- und Liquorgerinnsel ausüben, werden durch die Laminektomie beseitigt. Evtl. kann eine dorsale Chordotomie angeschlossen werden. Im Anschluß daran werden auch die Versuche mit Durchschneidung der Hinterstränge bei Tabes und Spastizität der unteren Extremitäten erwähnt. Den von amerikanischen Autoren berichteten günstigen Ergebnissen einer Rückenmarksnaht steht Verf. mit Skepsis gegenüber, bei der Cauda equina hingegen, wo ähnliche Verhältnisse wie bei den peripheren Nerven vorliegen, sind die Bedingungen für eine Naht unvergleichlich günstigere. Bei der rein dekompressiven Laminektomie, bei der eine Beseitigung der Kompressionsursache nicht möglich ist, empfiehlt Verf. eine Eröffnung der Dura und dort, wo eine erhebliche Druckerhöhung des Liquors festgestellt werden konnte, auch ein Offenlassen der Dura. Der Liquordruck ist über einem Tumor entweder normal oder erhöht. Die Erhöhung hält Verf. nicht für ein lokales Symptom, sondern glaubt, daß sie sich bis ins Gehirn fortpflanzen kann. Dieser erhöhte Hirndruck kann sich auch manchmal in Anfällen von Krämpfen und Bewußtlosigkeit äußern. Unterhalb des Tumors ist der Druck entweder normal, erhöht oder herabgesetzt. Bei Laminektomien, wo nach Freilegung der Dura keine pathologischen Veränderungen, die einem Tumor entsprechen, festgestellt werden können, empfiehlt Verf., vor der Eröffnung der Dura je eine Nadel in die obere und untere Grenze derselben einzustechen. Sind an den Nadeln keine Pulsationen bemerkbar und fließt aus ihnen der Liquor gleichzeitig, aber sehr spärlich, so ist man entweder in der Geschwulst oder unter ihr. Zeigt nur die obere Nadel Pulsationen und fließt der Liquor aus der oberen Nadel langsamer oder schneller als aus der unteren, so liegt der Tumor zwischen

Digitized by Google

den zwei Nadeln. Ähnliches gilt, wenn das Ausfließen aus beiden Nadeln gleichzeitig erfolgt und bei der unteren Nadel nur Atem- und keine Pulsschwankungen festgestellt werden können. *Hans Zweig* (Brünn).

Wirbelsäule:

Alexander, W. Alister, and John W. Struthers: A sacrococcygeal chordoma. (Sacrococcygeales Chordoma.) (*Roy. infirm., Edinburgh.*) Journ. of pathol. a. bacteriol. Bd. **29**, Nr. 1, S. 61—64. 1926.

Bei einem 64jährigen Manne findet sich ein seit 18 Monaten langsam gewachsener Tumor am Kreuzbein, schmerzlos, mit der Haut nicht, wohl aber mit dem Knochen verwachsen, und ebenso wie nach außen auch in die Beckenhöhle sich vorwölbend; hinzukommende Harnverhaltung führte den Kranken ins Hospital; sonst bestanden keinerlei Störungen von seiten der Nerven. Durch Gummikatheter wurde mühelos klarer Urin entleert. Incision der vom Anus bis zum V. Lendenwirbel reichenden Geschwulst ergab abgekapselt ein gallertiges Gewebe, dessen radikale Entfernung sich als unmöglich erwies. Durch einige Wochen andauerndes Nachsickern schleimig-seröser Flüssigkeit verkleinert sich der Tumor wesentlich, auch die Harnretention schwand. Mikroskopisch: In einem fibrösen, weitmaschigen, z. T. hyalin entarteten Netzwerk ein mucöses, vielfach fast strukturloses Gewebe von Mucin, darin Zellen von epitheloidem Charakter, nesterförmig oder vereinzelt; an diesen häufig das Stroma sowohl wie der Kern vakuolisiert, in den Vakuolen aber kein Mucin färberisch nachweisbar. An einzelnen Stellen Riesenzellen und kleinzellige Infiltration, die den Verdacht einer sekundären tuberkulösen Infektion des Tumors erwecken könnten.

Nach dem Sitze, der Entwicklungsweise, der Gutartigkeit und dem mikroskopischen Bilde konnte an der Diagnose „Chordom" kein Zweifel sein. *H. Haenel* (Dresden).

Milone, Giuseppe: Un caso di sarcoma del sacro. Contributo anatomo-clinico. (Ein Fall von Sarkom des Sacrum.) (*Osp. incurabili, Napoli.*) Rinascenza med. Jg. **3**, Nr. 1, S. 9—10. 1926.

Ein sehr seltener Fall eines Osteosarkoms des Sacrum, vom Verf. operiert. Klinisch Schmerzen und Tumor der Sakralgegend mit entsprechendem Röntgenbefund. *Josef Wilder.*

Periphere Nerven:

Periphere Nervenlähmung, Neuritis, Herpes zoster, Nerventumoren:

Riva, Giovanni: Paralisi dell'abducens da rachianestesia tropacocainica. (Abducenslähmung nach Lumbalanästhesie mit Tropacocain.) (*Osp. princip. milit. marittimo, Spezia.*) Ann. di med. nav. e colon. Bd. **1**, H. 1/2, S. 39—43. 1926.

Auftreten der Lähmung des rechten Abducens am 2. Tag nach der Anästhesie, vorher starker Kopf- und Nackenschmerz. Rasche Besserung. Verf. nimmt teils eine toxische Ursache, teils eine Meningealreizung an. *Josef Wilder* (Wien).

Undelt, J.: Zur Diagnose von Tumoren der Fossa pterygo-palatina auf Grund des Behrschen Symptomenkomplexes. (*Augen- u. Nervenklin., Univ. Tartu.*) Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. **58**, H. 4, S. 288—291. 1926.

Vgl. hierzu die Arbeit Behrs „Zur topischen Diagnose der Abducenslähmung" (dies. Zentrlbl. **41**, 893).

Verf. beschreibt einen Fall, in dem es zu einer kombinierten Lähmung des Trigeminus II und Abducens auf der rechten Seite bei Intaktsein der beiden anderen Äste des Trigeminus sowie sämtlicher sonstiger motorischer Augennerven kam. Geschädigt waren ferner beide Nn. optici, allerdings ohne sicheren ophthalmoskopischen Befund. Die klinische Diagnose wurde gestellt auf Tumor der Keilbeinhöhle, der auf beide Sehnerven oder auf das Chiasma drückte, und rechts unterhalb der Fissura orbital. sup. gegen das Foramen rotundum in die rechte Fossa pterygopalatina gewuchert war. Der Sektionsbefund bestätigte diese Diagnose, nur war der Prozeß weiter ausgebreitet, als man vermutet hatte. Dieser Fall spricht demnach für die Richtigkeit des von Behr aufgestellten Symptomenkomplexes für Geschwülste dieser Region. *Pette.*

Panconcelli-Calzia, G.: Experimentalphonetische Untersuchungen über Artikulationsstörungen bei doppelseitiger Facialislähmung. (*Phonet. Laborat., Univ. Hamburg.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **76**, H. 4, S. 552—557. 1926.

Durch eine Schußverletzung entstandene doppelseitige Facialislähmung. Hiervon Störung der Lippenlaute, und zwar vorzugsweise von p und b sowie n, f und w hinter Zischlauten. Die kymographischen Bilder zeigen statt der normalen Winkel bei den labialen Verschlußlauten Rundungen. Nach 3monatiger planmäßiger Lippenübung praktische und, wenn auch geringer, experimentalphonetische Besserung. *Leyser* (Gießen).

Digitized by Google

Thorek, Max: Compression paralysis of the long thoracic nerve following an abdominal operation. With report of a case. (Kompressionslähmung des N. thorac. longus nach Bauchoperation.) (*Americ. hosp., Chicago.*) Americ. journ. of surg. Bd. **40**, Nr. 2, S. 26—27. 1926.

Lähmung des rechten N. thoracius longus bei einer jungen Frau, mit völligem Ausfall des M. serratus, im Anschluß an eine Bauchoperation. Verf. glaubt, daß ähnliche Plexusschädigungen viel häufiger sind als die relativ spärliche Zahl derartiger Veröffentlichungen annehmen lassen könnte, und betont, wie wichtig die Aufgabe des Operateurs ebenso wie des Narkotiseurs ist, auf eine schonende Lagerung des Kranken bei der Operation zu achten: Nicht die Arme über die Kante des Operationstisches hängen lassen, nicht über den Kopf schlagen, am besten wiederholter Wechsel der Armhaltung bei länger dauernden Eingriffen. Auch für die unteren Extremitäten gilt das Gleiche. (Peroneus-Lähmung durch Druck der Beinhalter!) Wodurch im vorliegenden Falle gerade der N. thoracicus longus geschädigt worden war, konnte nicht ermittelt werden. *H. Haenel* (Dresden).

Dowman, Charles Edward: Traumatic aneurysm of the brachial artery causing paralysis by pressure of the ulnar, median and radial nerves. A clinical lecture. (Durch ein traumatisches Aneurysma der A. brachialis verursachte Lähmung der Nn. medianus, ulnaris und radialis.) (*Piedmont hosp., Atlanta.*) Americ. med. Bd. **31**, Nr. 11, S. 670—672. 1925.

Kurze Zeit nach einer Stichverletzung des Oberarmes unterhalb der Achselhöhle entstand ein pulsierender Tumor und entwickelte sich eine Lähmung des Medianus, Ulnaris und Radialis. Die Operation zeigte ein Aneurysma der Brachialarterie; die Nerven waren durch den Tumor stark gedehnt und teilweise an den Aneurysmasack angewachsen. Nach Beseitigung des Aneurysma erholten sich die atrophischen und gelähmten Muskeln auffallend schnell; am langsamsten die Interossei. *Toby Cohn* (Berlin).

Stoffwechsel und endokrine Drüsen:

Allgemeines über innere Sekretion:

Heyer, G. R.: Über den Bockschen Nachweis der Hormone im Blute. Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 48, S. 1806—1807. 1925.

Verf. hat früher Bocks Methode empfohlen, fand aber bei einer erneuten Nachprüfung, daß bei seinen früheren Untersuchungen eine starke autosuggestive Komponente wirksam gewesen sein muß. Im streng wissentlichen Verfahren waren die Resultate der Methode unverwendbar. Auch Bock bzw. sein Assistent lieferten bei Untersuchungen von Drüsenpreßsäften 100% falsche Ergebnisse. *Erich Guttmann* (München).

Peritz, G.: Über den Bockschen Nachweis der Hormone im Blute. (*II. med. Klin., Charité, Univ. Berlin.*) Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 36, S. 1342—1344. 1925.

Peritz, G.: Erwiderung auf den Artikel des Herrn Dr. E. R. Heyer, München, über den Bockschen Nachweis der Hormone im Blut. Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 48, S. 1807. 1925.

(Vgl. vorstehendes Referat.) Bock fand, daß man im Preßsaft endokriner Drüsen unter dem Polarisationsmikroskop anisotrope Substanzen nachweisen kann, die, je nach ihrer Herkunft, eine spezifische Ablenkung haben. Diese Untersuchungen hat Verf. nachgeprüft, und zwar an Blutausstrichen, die mit Alkohol und Äther vorbehandelt wurden. Er konnte mit geringen Ausnahmen die Ergebnisse von Bock an Preßsäften bestätigen. Er untersuchte das Blut von kastrierten Tieren und fand ein Fehlen der spezifischen Körperchen für die Keimdrüsen, dagegen traten die für andere Drüsen charakteristischen Körperchen auf. Beim Menschen fand er entsprechende Veränderungen während der Menopause. Beim Basedow sah er vorwiegend Körperchen, die dem Eierstock angehören, während solche der Schilddrüse und der Nebenschilddrüse nur in verschwindender Anzahl vorhanden waren. In der Deutung unterscheidet sich Verf. von Bock. Seiner Ansicht nach handelt es sich bei diesen Körperchen um für die einzelnen Drüsen spezifischen Lipoide. Man kann sich vorstellen, daß das Lipoid der einen Drüse das Hormon einer anderen antagonistischen adsorbiert. Durch die Behandlung mit Alkohol und Äther wird diese Bindung gesprengt. Eine Kritik der ersten Arbeit erübrigt sich, da Verf. in der zweiten selbst die Ansicht ausspricht, man müsse das Urteil über die Bocksche Methode zurückstellen, da ihre physikalischen Grundlagen noch nicht übersehbar sind. *Erich Guttmann* (München).

Rossiysky, D. M.: Die Parrot-Mariesche Krankheit (Achondroplasia) und die endokrinen Drüsen. (*Poliklin. d. inn. Krankh., I. Reichsuniv., Moskau.*) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. **102**, H. 6, S. 783—795. 1926.

Klinische Beschreibung eines Falles von Chondrodystrophie. Nichts wesentlich Neues. *Otto Maas* (Berlin).

Digitized by Google

Hypophyse, Epiphyse:

Pokorny, Franz: Zur vergleichenden Anatomie der Hypophyse. (*Physiol. Univ.-Inst., Wien.*) Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 1: Zeitschr. f. Anat. u. Entwicklungsgesch. Bd. 78, H. 3/4, S. 308—331. 1926.

Von den Cyclostomen fand sich bei Petromyzon fluviatilis ein gutentwickelter Hauptlappen, manchmal mit Anzeichen von Sekretion; von den Selachiern zeigte Squatina einen isoliert zwischen Haupt- und Zwischenlappen liegenden granulareichen basophilen Drüsenabschnitt, der sonst keiner anderen Spezies zukommt. Bezüglich der Teleostier, Amphibien und Reptilien konnten die bisherigen Befunde früherer Autoren bestätigt werden. Die Teleostier besitzen sämtlich einen Saccus vasculosus. Die Reptilien lassen die 3 Anteile der Hypophyse deutlich erkennen, wobei der Hauptdrüsenteil eine unverhältnismäßig große Entwicklung zeigt. Entgegen den Darstellungen Tilneys war von einem Saccus vasculosus nichts zu sehen. Von den Vögeln zeigten Sylvia atra und Fringilla caelebs eine bindegewebig knorpelige Scheidung von Zwischen- und Hirnteil. Es zeigte sich nirgends eine Spur von Saccus vasculosus. Bei den Säugern ist hervorzuheben, daß bei Fiber cibethicus und Citellus citellus die Organdrüse und die Pars tuberalis histologisch so sehr unterschieden sind, daß man 4 Anteile verschiedener Strukturen vorfindet; bei Plecotus auritus bestehen an Hirnzwischenlappen eigenartige Zell- und Gefäßformen; ein Saccus vasculosus mit charakteristischem Sinnesepithel kommt allen untersuchten Selachiern und Teleostiern zu mit Ausnahme von Cyprinus carpio und Cyprinoiden, Cobitis taenia, Belone acus und Lepadogaster Gouanii. Bei allen übrigen Klassen konnte dieser Anteil nicht gefunden werden; die Zellen der Hypophyse weisen anscheinend bleibende Unterschiede der Färbbarkeit auf, ihre Anordnung ist analog der von den Sauropsidennebennieren. Ein subdural mündender Ausführungsgang wurde bei keinem untersuchten Wirbeltiere gefunden, ebensowenig wie Anhaltspunkte für eine Sekretion des Zwischenlappens gegen den Hirnventrikel. Es wurden lediglich Anzeichen einer Sekretion gegen die Blutgefäße wahrgenommen. *A. Jakob* (Hamburg).

Cushing, Harvey: Cameron lectures. II. The pituitary gland as now known. (Cameron-Vorlesungen. II. Die jetzigen Anschauungen über die Hypophyse.) Lancet Bd. **209**, Nr. 18, S. 899—906. 1925.

Verf. bespricht kritisch und unter Bezugnahme auf ausgedehnte eigene experimentelle und klinische Untersuchungen die Entwicklung unserer Kenntnisse über die Funktionen der Hypophyse, die er als ein für die Erhaltung des normal physiologischen Stoffwechselgleichgewichtes wichtiges Organ auffaßt. Schädigungen des nervösen hinteren Anteiles der Drüse führen zum Bilde der Dystroph. adipos.-genital., zu Herabsetzung der Assimilationsgrenze für Zucker und zu Diabetes insipidus, infolge gestörter Produktion oder von Stauung des Sekretes, das möglicherweise aus mehreren Hormonen besteht und sich gegenteilig zum Pankreassekret verhält. Beim Diabetes insipidus kann die Störung der Sekretion auf dem ganzen Wege von den nervösen Zentren bis zur Drüse zustande kommen. Schädigung des vorderen epithelialen Anteiles hat Schlafsucht, Abnahme der Atmungs- und Pulsfrequenz, subnormale Temperaturen, Verminderung des Stoffwechsels, ähnlich wie beim Winterschlafe zur Folge, bei dem die inneren Drüsen, besonders die Hypophyse sich in einem Zustande herabgesetzter Tätigkeit befinden. Die Verminderung des Stoffwechsels läßt sich exakt durch das Respirationscalorimeter feststellen, welches die Carbondioxydproduktion per kg Körpergewicht in der Stunde angibt. Bei der Akromegalie ist der Stoffwechsel gesteigert. Ob die Glykosurie bei derselben hypophysären oder pankreatischen Ursprunges ist, ist noch nicht sichergestellt. In Beziehung zu Erkrankungen des vorderen Drüsenanteiles steht wahrscheinlich auch das Erlöschen der sexuellen Funktionen beim Erwachsenen (Amenorrhöe bei Frauen). Bei Eunuchen vergrößern sich die vorderen Lappen, Fütterung von Ratten mit Extrakt der v. L. beschleunigt die sexuelle Entwicklung. Dieser Drüsenanteil nimmt auch Einfluß auf das Körperwachstum und führt Steigerung dieser Funktion zu Akromegalie und Riesenwachstum. In anschließenden chirurgischen Betrachtungen betont Verf. die Wichtigkeit der Unterscheidung der Tumoren untereinander und von Kongenitalien Cysten (Erdheim) und bespricht eingehend die besonderen chirurgischen Probleme. Er bevorzugt die transsphenoidale Methode mit Eingehen durch die Keilbeinhöhle von vorne, bei der er nur mehr 2% Sterblichkeit zu verzeichnen hat. (I. vgl. dies. Zentrlbl. **43**, 488.) *Zingerle.*

Digitized by Google

Worms, G., et G. Delater: Destruction totale de l'hypophyse par tumeur d'origine rhinopharyngée sans syndrome dit hypophysaire. (Völlige Zerstörung der Hypophyse durch eine Geschwulst rhinopharyngealen Ursprungs ohne hypophysäres Syndrom.) Rev. neurol. Jg. 32, Bd. 2, Nr. 3, S. 361—369. 1925.

Bei einem Falle mit deutlichen Erscheinungen eines Tumors der Schädelbasis ohne alle hypophysäre Symptome zeigte sich ein rhino-pharyngealer Tumor von sarkomatösem Charakter, der die gesamte Hypophyse völlig zerstört hatte. Das Tuber cinereum und Infundibulum waren intakt. *A. Jakob* (Hamburg).

Mezzatesta, F.: Gumma chiasmatis. (Gumma des Chiasma.) (*Clin. oculist., univ., Roma.*) Riv. oto-neurooftalmol. Bd. 2, H. 4, S. 347—355. 1925.

Gummöse Veränderungen des Chiasma sind selten und ihre Diagnose oft schwierig, da die WaR. im Blut häufig negativ ist, wie auch bei einem 64jährigen Patienten des Verf., der sich vor 30 Jahren luetisch infiziert hatte, mit Hg behandelt und seit 18 Jahren erst ein-, dann beiderseitig ertaubt war. Seit einigen Monaten hatte seine Sehschärfe abgenommen. er klagte über Schwindel, Schläfen- und Stirnkopfschmerz, Schlafsucht und Polyurie. Rechts leichte Parese des M. rect. sup., Ach.- und rechter Kniereflex fehlten. Gesichtsfeldeinschränkung, relatives zentrales Skotom, bitemporale Hemianopsie. Augenhintergrund normal. Im Harn 5,25% Zucker. Im Röntgenbild: Proc. clinoid. und Lamina quadrilat. usuriert. Nach spezifischer Behandlung geht Skotom, Hemianopsie und Zuckerausscheidung völlig zurück. Patient bleibt geheilt. Die Bedeutung des Röntgenbildes, der bitemporalen Hemianopsie, des Fehlens der Stauungspapille für die Diagnose: Gumma wird hervorgehoben, ebenso die Wirkung auf den Boden des 3. Ventrikels (Glykosurie). *Kastan* (Hamburg).

Hetzel, K. S.: Glycosuria in acromegaly. (Glykosurie bei Akromegalie.) (*Univ. coll. hosp., London.*) Lancet Bd. 210, Nr. 9, S. 440—441. 1926.

54jähriger, seit 33 Jahren stationärer Akromegaler, hat seit 3 Jahren schweren Diabetes. Vollständiger Rückgang desselben nach längerer Insulinbehandlung. Einige Monate später Exitus an Herzkrankheit. Hypophyse sehr groß, sonst o. B. Nieren und Pankreas ohne histologische Veränderungen.

Verf. nimmt hier keinen direkten Zusammenhang zwischen Akromegalie und Glykosurie an, wohl aber sei vielleicht durch übermäßige Hypophysensekretion eine ständige Hyperglykämie entstanden(ohne gleichzeitige Glykosurie, weil anscheinend durch Wirkung des Hypophysensekretes auf die Nieren deren Zuckerschwelle erhöht wird), welche im Laufe der Jahre durch übermäßige Beanspruchung der Langerhansschen Inseln Glykosurie hervorgerufen habe. *H. Strecker* (z. Zt. Birmingham).

Casaubon, Alfredo, und Perlina Winocur: Zwei Fälle von Infantilismus mit Dystrophia adiposogenitalis. Arch. americ. de med. Bd. 2, Nr. 1, S. 41—46. 1926. (Spanisch.)

Bei zwei Jünglingen von 18 Jahren besteht: Zurückbleiben von Körpergröße und Gewicht auf weit geringerem Alter entsprechender Stufe (13 bzw. 10 Jahre), Hypogenitalismus, Fehlen der sekundären Geschlechtsmerkmale, weiblicher Typus der Fettverteilung. Im ersten Falle außerdem Hypothyreoidismus: submyxödematöse Beschaffenheit der trocknen Haut, verminderter Grundumsatz. Im zweiten Falle herabgesetzte Nebennierenfunktion: Pigmentation der Haut des Hodensackes, zahlreiche Pigmentflecke, herabgesetzter Blutdruck. der auch nach Behebung einer durch Anchylostomen hervorgerufenen schweren Anämie andauert. Grundumsatz normal. Als ätiologisch wichtige Faktoren kommen in Betracht in dem einen Falle eine wahrscheinlich bestehende Heredolues (WaR. schwach +), im anderen eine Anchylostomiasis. *Reich* (Breslau).

Marlow, F. W.: Thyroid feeding in pituitary disease. (Schilddrüsenverabreichung bei hypophysären Erkrankungen.) New York state journ. of med. Bd. 26, Nr. 2, S. 59—61. 1926.

Der Autor berichtet über gute Erfolge, die er in 5 Fällen verschiedenartiger hypophysärer Erkrankungen durch Verabreichung von Schilddrüse hinsichtlich des Sehvermögens, das sich weitgehend besserte, erzielte. *E. Gamper* (Innsbruck).

Schilddrüse:

Liek, E.: Über die Häufigkeit der großen Schilddrüse in der norddeutschen Tiefebene. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 43, S. 1779—1780. 1925.

Liek sah innerhalb 12 Jahren 1000 Kropfkranke, darunter 344 Basedowfälle, ausgesprochenes Myxödem nur 6 mal, klassischen Kretinismus selten, häufiger Teilerscheinungen von Kretinismus. Da er den Eindruck gewann, daß seit dem Kriege die

Digitized by Google

große Schilddrüse häufiger geworden, verschaffte er sich durch die Schulärzte zahlenmäßige Unterlagen. Dabei ergab sich, daß in Zoppot 14,2%, in Oliva 17,3% der Schulkinder vergrößerte Schilddrüsen aufweisen mit ziemlich gleichmäßiger Verteilung auf beide Geschlechter. In höheren Anstalten überwog die Kropfhäufigkeit offenbar infolge des Einflusses der Pubertät bei den Mädchen. So wiesen die Schüler des Zoppoter Gymnasiums in 13,5%, die Schülerinnen des Lyzeums in Zoppot in 16,8 und die Schülerinnen des Lyzeums in Oliva in 35,7% vergrößerte Schilddrüsen auf. In der Hilfsschule in Danzig fand sich in 18,7%, in der von Zoppot in 35,7% eine große Schilddrüse. Im Durchschnitt weist also die heranwachsende Jugend der dortigen Gegend in 15—16% eine große Schilddrüse auf. Diese Zahlen dürfte für die ganze norddeutsche Tiefebene, zum mindesten für die Ostseeküste gelten. Da die für die Ätiologie des endemischen Kropfes geltend gemachten Theorien für dieses Gebiet nicht in Betracht kommen, nimmt L. eine konstitutionelle Störung an: ungünstige hygienische Zustände in den Schulen, schlechte Luft und Wohnungsverhältnisse, mangelhafte Körperpflege in der Nachkriegszeit, weiterhin Jodverarmung des Bodens durch geringere Düngung und Nachlaß im Verbrauch ausländischer jodreicher Nahrungsmittel, wie Reis. Eine Kropfprophylaxe durch kleine Joddosen lehnt der Autor ab, da ein Jodmangel wie in den Alpenländern ursächlich nicht in Betracht kommt und sich die große Schilddrüse der Tiefebene von den Kröpfen der Alpenländer unterscheidet. Die großen Schilddrüsen sind fast ausschließlich parenchymatöse Vergrößerungen, der Kolloidkropf fehlt. Die Prognose ist durchaus günstig, die große Schilddrüse schwindet regelmäßig nach Beendigung der Schulzeit mit der weiteren Reifung des Körpers. Nur bei höheren Graden von Kropf verwendet L. therapeutisch Jod: 0,03 Jodnatrium auf 100 Wasser, jeden Sonntag einen Teelöffel = 1 mg Jod pro Woche. *E. Gamper* (Innsbruck).

Eckstein, A., und E. Mommer: Weitere Untersuchungen über den Kropf im Kindesalter. III. Der Gas- und Jodstoffwechsel bei der Pubertätsstruma. (*Univ. Kinderklin., Freiburg i. Br.*) Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. **40**, H. 5, S. 475—487. 1925.

Kurzfristige Untersuchungen des Gasstoffwechsels an 18 Kindern von 10—14 Jahren, wovon 15 mit sogenannter Pubertätsstruma, ergaben keine Veränderung des Grundumsatzes, abgesehen von den für die Pubertät als physiologisch anzusehenden Schwankungen. Verff. glauben daraus den Schluß ziehen zu können, daß bei Pubertätsstruma keine Hyperthyreose vorhanden ist. Durch Jodeingabe, bei den gleichen Kindern, fanden die Verff. keine Beeinflussung des Gasstoffwechsels. Verff. bestimmten dann bei denselben Kindern die Jodausscheidung im Urin von anorganischem und organischem Jod. Sie fanden, wie die früheren Untersucher, eine Ausscheidung von 70—90% des eingenommenen Jods im Urin und glauben aus ihren Untersuchungen bei einigen Pubertätsstrumen schließen zu können, daß die Jodretention bzw. -ausscheidung unabhängig von der Form des Kropfes ist (Ref. hat seinerzeit bewiesen, daß die Menge der Jodausscheidung bzw. -retention bei verschiedenen Strumen deutlich mit der Art und dem Jodgehalt der Struma wechselt, die Verff. kennen diese Arbeit offenbar nicht!). Verff. konnten übrigens in einem Falle durch Jod eine Vergrößerung einer Pubertätsstruma nachweisen, deren Jodgehalt nach der Operation besonders hoch gefunden wurde. Sie sehen darin mit Recht einen Beweis gegen die Jodmangeltheorie des Kropfes. (Vgl. Eckstein u. Feldmann, dies. Zentrlbl. **41**, 654.) *Albert Kocher* (Bern).°°

Eckstein, A., und Maria Nuelle: Weitere Untersuchungen über den Kropf im Kindesalter. IV. Weitere experimentelle Untersuchungen über die Jodresorption in der Schilddrüse. (*Akad. Kinderklin., Düsseldorf.*) Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. **40**, H. 5, S. 488—492. 1925.

Verff. machten an 6 Hunden, wovon 2 gravide, Jodfütterungen und Exstirpationen, zuerst des einen, dann des anderen Schilddrüsenlappens. Sie kommen zum Schlusse, daß weder die halbseitige Exstirpation noch die Jodfütterung auf die Größe des restierenden Schilddrüsenlappens einen Einfluß haben. Sie fanden nach Jodverabfolgung eine Anreicherung der Schilddrüse mit Jod, die jedoch im Vergleich zur Quantität der Jodeingabe recht klein war. Sie fanden diese Anreicherung nicht immer und einmal auch ohne Jodverfütterung. Sie fanden einmal auch die beiden Schilddrüsenhälften, trotz fast gleichen Gewichts, sehr verschieden jodhaltig. Verff. schließen, daß eine erhebliche Jodspeicherung in der normalen Schilddrüse nicht stattfindet und daß der Jodmangel allein nicht die Ursache des Kropfes sei, und daß wir es bei der Jodwirkung nur mit einer katalysatorischen Wirkung zu tun haben. Ref. vermißt in der Literatur seine und Halsteds Arbeiten. *Albert Kocher* (Bern).°°

Digitized by Google

Genitalorgane:

Termeer, G.: Ovarialgeschwülste im Kindesalter und Pubertas praecox. (*Pathol. Inst., Univ. Jena.*) Arch. f. Gynäkol. Bd. 127, H. 2/3, S. 431—462. 1926.

Eingehende Besprechung des Krankheitsbildes der vorzeitigen körperlichen und geistigen Entwicklung; Zusammenstellung der bei Epiphysen-, Nebennieren- und Ovarialgeschwülsten beobachteten Fälle. Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß nicht, wie von anderen Autoren angenommen wurde, die Art des Tumors für die vorzeitige Entwicklung von Bedeutung sei, sondern die Lokalisation des Prozesses in einer der genannten innersekretorischen Drüsen, wodurch deren wechselseitige Beziehungen gestört würden. *Otto Maas* (Berlin).

Bolaffio, Michele: Contributo alla cura dell'insufficienza ovarica coi raggi Roentgen. (Beitrag zur Behandlung der Eierstocksinsuffizienz mit Röntgenstrahlen.) (*Clin. ostetr.-ginecol., univ., Roma.*) Clin. ostetr. Jg. 28, H. 1, S. 2—22. 1926.

Die Röntgenbestrahlung, zuerst für eine Reiztherapie gehalten, wurde seit den Veröffentlichungen von Fraenkel und Momm immer häufiger bei a-, oligo- und polymenorrhoischen Störungen angewandt. Daß bei zu spärlichen ebenso wie bei zu reichlichen Blutungen Erfolge eintraten, sollte durch die Hypothese erklärt werden, daß die gesunden Follikel an der Reifung gehindert oder der Rhythmus der Reifung mit Aufhören der Polymenorrhöe verlangsamt sei. Bei verlangsamtem Rhythmus spricht man von Opso-, bei beschleunigtem von Proiomenorrhöe. Bei primären A- und Opsomenorrhöen wirkt die Bestrahlung günstig, bei sekundären und bei Hypomenorrhöen hat sie kein Ergebnis. Auch primäre Hypermenorrhöen reagierten gut. Einmal erwies sich die Bestrahlung der Milz (bei Hypertrichose, ovarieller Instabilität), nie die der Hypophyse als erfolgreich. Ebenso hatte die Hemikastration kein Ergebnis. Bei hypertrophischer Schilddrüse übt deren Bestrahlung eine ausgezeichnete Wirkung auf die allgemeinen Beschwerden und die menstruellen Störungen aus. Auch bei den nichtgeheilten Fällen kann man nicht, wie Schroeder es will, ein völliges Fehlen der Follikel annehmen. Die Röntgenstrahlen rufen keinen Reiz hervor, sondern räumen ein Hemmnis weg, das den Reiz hinderte, sich zu manifestieren. Opsohypermenorrhöe sah Verf. häufiger als Opsohypomenorrhöe. Die Hypomenorrhöe kommt nicht durch das Fehlen hormonaler Reize zustande, es reagiert vielmehr auf solche Reize das uterine Gewebe nicht. Geht man mit der Bestrahlung vorsichtig vor und ist man darauf bedacht, die Ovarialfunktionen nur zu regulieren und nicht zu unterdrücken, so überwiegt der Nutzen der Behandlung die Gefahr der Sterilisierung, Keimschädigung oder verfrühten Menopause.
Kastan (Hamburg).

Feldmann, Ernst: Zur Kenntnis der suprarenalen Pseudarrhenie. (Pseudohermaphroditismus femininus externus.) (*Städt. Krankenh., Danzig.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 259, H. 3, S. 608—616. 1926.

Ein 7jähriger, wohlgebauter „Knabe", an Masernbronchopneumonie gestorben, zeigt bei der Sektion und mikroskopischen Untersuchung eine geringe Hypospadia penis, ein geschlossenes Scrotum, jedoch ohne Raphe, eine haselnußgroße Prostata, eine am Scrotum blind endigende Vagina, einen etwas kleinen platten Uterus, normale Tuben, Ovarien, die viele Primordialeier und Follikel, corpora fibrosa und candicantia enthalten. Mons veneris stark behaart. Stark hyperplastische Nebennierenrinde bei eher hypoplastischem Mark. Dieser Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus oder Pseudarrhenie (Scheinmännlichkeit) ist durch die höchstgradige Ausbildung heterosexueller, aber wohl proportionierter männlicher äußerer Genitalien bei voll ausgeprägter Weiblichkeit der inneren sehr bemerkenswert und in dieser Beziehung nur mit den Fällen von Benda, Fibiger und Meixner zu vergleichen. Bezüglich des Zusammenhangs der Pseudarrhenie mit der Nebennierenrindenhyperplasie stellt Verf. sich auf den Standpunkt von Mathias, der letztere als die Ursache ersterer ansieht. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Scimone, Vittorio: Osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche su un caso di infantilismo. (Klinische und pathol.-anat. Beobachtungen an einem Fall von Infantilismus.) (*Istit. di patol. med., univ., Firenze.*) Arch. di patol. e clin. med. Bd. 4, H. 4, S. 393—404. 1925.

Alle endokrinen Drüsen, speziell die Hoden waren sehr klein. Letztere wogen nur 7 g. Die Veränderungen betrafen das Parenchym und das interstitielle Gewebe. Man kann eine rein testikuläre von der pluriglandulären Form des Infantilismus abgrenzen.
F. H. Lewy (Berlin).

Digitized by Google

Familiäre Erkrankungen, Myotonie:

Boulanger, Alfred: Le ptosis tardif familial. (Ptosis hereditaria tarda.) Dissertation: Lille 1923 u. Clin. ophth. Bd. **12**, Nr. 12, S. 679—685. 1923.

An Hand von 23 Fällen von familiär auftretender Ptosis, welche sich auf 4 Familien verteilen, gibt Verf. auszugsweise aus seiner Dissertation eine Zusammenfassung der Erscheinungen, welche dieses Krankheitsbild charakterisieren: 1. Familiäres hereditäres Auftreten. Vererbungstypus anscheinend streng dominant (Überspringen einer Generation oder Befallensein von Nachkommen gesunder Individuen der befallenen Familien wurde nicht beobachtet). 2. Spätes Auftreten der Ptosis, am häufigsten nach dem 50. Lebensjahre (nur in einem Falle mit 40 Jahren und in einem mit 60). Die männlichen Mitglieder scheinen mehr betroffen (15 Fälle) als die weiblichen (8 Fälle). 3. Langsames und progressives Auftreten der Ptosis. Beginn meist zuerst an einem Auge und erst später am anderen, langsam zunehmend meist erst nach mehreren Jahren (seltener schon nach Monaten) zu beidseitiger kompletter Ptosis führend. 4. Fehlen irgendwelcher Allgemeinsymptome und übriger Augenerscheinungen. Der Sitz der Erkrankung kann nur hypothetisch vermutet werden, um so mehr, als keine Autopsiebefunde bis jetzt vorliegen. Verf. glaubt, daß am ehesten eine Atrophie des dem Lev. palp. sup. zugehörigen Teiles des Oculomotoriuskernes annehmen zu müssen, wobei er an eine mögliche Analogie mit der Atrophie der Vorderhornzellen bei amyotrophischer Lateralsklerose glaubt. Therapeutisch kommt nur ein chirurgischer Eingriff in Frage. *Franceschetti* (Basel).

Shinosaki, Tetsushiro: Klinische Studien über die periodische Extremitätenlähmung. (*I. med. Klin., Univ. Fukuoka.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **100**, H. 4/5, S. 564—611. 1926.

Die periodische Extremitätenlähmung wurde zuerst 1882 von Schachanowitsch in Rußland beschrieben. Später beschäftigten sich Westphal, Goldflam und W. Cramer mit diesem bei uns seltenem Leiden. In Japan scheint die Krankheit häufiger zu sein: Verf. allein beobachtete insgesamt 24 Fälle. Seine ausgezeichneten Beobachtungen und Untersuchungen ergeben im wesentlichen folgendes: Die Krankheit tritt häufig familiär auf, bevorzugt das männliche Geschlecht und wird meist im 3. Lebensjahrzehnt beobachtet. Dumpfe Schmerzen in den Oberschenkeln und Waden mit Mattigkeit gehen meist den Lähmungen voraus. Letztere sind stets schlaff und befallen symmetrisch in der Regel zuerst die Beine und dann die Arme. Die proximalen Teile sind viel mehr befallen als die distalen, die Hirnnerven sind in der Regel frei. Die Anfälle, die manchmal in ziemlich regelmäßigen Abständen auftreten, dauern stunden- bis tagelang; sie klingen zuerst an den distalen Muskeln — meist symmetrisch — ab. Es bestehen Beziehungen zwischen der Krankheit und den Jahreszeiten, die noch nicht geklärt sind. Sensible Störungen, besonders Hyperästhesien und Druckschmerzhaftigkeit der Muskeln, sind nicht selten, manchmal wird über Durst geklagt. Die elektrische Erregbarkeit und die Sehnenreflexe schwinden während des Anfalles, um nachher wiederzukommen. Der Liquor ist von Veränderungen frei, im Urin findet sich häufig während des Anfalls Eiweiß und Zucker. Auch der Blutzucker ist vermehrt. Es gelang dem Verf. mit 0,5—1 mg Adrenalin, ebenso durch übermäßige Kohlenhydratdarreichung (besonders auch mit Rohrzucker und Traubenzucker) Anfälle zu provozieren. Überreichliche Zuführung von Fleisch oder Injektion von Pilocarpin und Atropin erzeugte keine Anfälle. Es bestehen nahe Beziehungen zwischen der periodischen Extremitätenlähmung und der Basedowschen Krankheit: von den 24 Fällen des Verf. waren 6 mit Basedow kombiniert und 8 zeigten eine Struma. In Übereinstimmung mit dieser Tatsache bekamen von 7 Fällen, welchen Schilddrüsenpräparate verabreicht wurden, 6 typische Anfälle. Auch Darreichung von Epithelkörperchenpräparaten begünstigte das Auftreten der Anfälle, Calcium jedoch hatte keinen sicheren Einfluß. Sehr bemerkenswert ist, daß körperliche Ruhe provozierend wirkt. Alles zusammengenommen

Digitized by Google

liegen die Verhältnisse bei der periodischen Lähmung genau entgegengesetzt wie bei Tetanie. Schließlich ist noch zu bemerken, daß häufig auch Erscheinungen seitens des Herzens und eine geringe Veränderung des Blutbildes, jedoch keine Veränderung des Blutdruckes, gefunden werden. Die anatomische Untersuchung ergab keine Veränderungen, die den Befund erklären konnten. Das einzige, was gefunden wurde, war eine mikroskopische Veränderung der Epithelkörperchen, welche auf eine Hyperfunktion hinwies. *Paul Schuster* (Berlin).

Syphilis:

Margulis, M. S.: Akute diffuse fieberhafte syphilitische Meningo-Encephalo-Myelitiden. (*Babuchinsches Krankenh., Moskau.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 89, H. 4/6, S. 242—261. 1926.

Verf. bringt Krankengeschichten von 9 mehr oder weniger akut verlaufenen Fällen fieberhafter luischer Cerebrospinalmeningitis. Mit Recht weist er darauf hin, daß die sog. luischen Meningitiden in Wirklichkeit stets Meningoencephalitiden sind. Die meningealen und die lokalen Symptome kombinieren sich verschieden und geben dem entsprechenden Fall die vorherrschende meningeale oder encephalitische Färbung. In den meisten Fällen hat die Temperatur einen remittierenden Charakter. Gekennzeichnet sind die Fälle gewöhnlich durch Erhöhung des Liquordruckes, durch die Ly. im Liquor, die Vermehrung des Eiweißgehaltes und die positive WaR. im Blut und im Liquor. Von den 9 Fällen des Verf. endeten 2 letal. Zu dem histologischen Befund dieser Fälle ist neben dem diffus entzündlichen Prozeß an den Meningen erwähnenswert, daß in den basalen Ganglien der Prozeß weit stärker betont ist als in anderen Teilen des Hirns. Im 1. Fall wurden außerdem zahlreiche submiliare Gummen in den Gefäßen gefunden. Der Prozeß nahm stets seinen Ausgang von den Meningen. Spirochäten wurden nicht gefunden. Verf. glaubt nicht, daß das spärliche Vorkommen von Spirochäten in diesen Fällen stets die Folge einer spezifischen Behandlung ist, so war in seinen beiden Fällen die Behandlung eine durchaus ungenügende gewesen. Die Degeneration des Parenchyms konnte nicht immer in Beziehung zur entzündlichen Gefäßreaktion gebracht werden. Verf. glaubt, daß in all diesen Fällen eine direkte Wirkung der Spirochäten auf das Parenchym besteht. Der Tatsache des vornehmlichen Befallenseins basaler Stammganglienteile entsprach klinisch auch in einigen Fällen die Symptomatologie, insofern Rigor einzelner Körperteile beobachtet wurde. Die Inkubation zwischen Infektion und Ausbruch der Meningitis schwankte in den beschriebenen Fällen zwischen 4 Wochen und 3 Jahren. Die psychischen Störungen bestanden in Erregungs- und Depressionszuständen. Einige Male wurde beobachtet, daß das Gesicht während der Erkrankung unbeweglich und amimisch war. Im ganzen aber hat nach Verf. das psychische Bild den Charakter eines fieberhaften Delirs, es ist für Syphilis nicht charakteristisch. In einem Falle wurde Xanthochromie im Liquor beobachtet. Verf. glaubt, daß eine solche Verfärbung durch Blutbeimengung bedingt ist. Weiter weist Verf. auf die gelegentlich bestehende differentialdiagnostische Schwierigkeit gegenüber Meningitiden anderer Ätiologie speziell der Tuberkulose hin. Der meningeale Prozeß tritt als Reaktion des mesenchymalen Gewebes auf das Eindringen der Spirochäten auf, die encephalitischen Veränderungen stellen eine weitere Etappe des Entwicklungsprozesses der lokalen mesenchymalen Immunität dar, die durch das Eindringen der Spirochäten in die Tiefe des Parenchyms bedingt ist. Von diesem Standpunkt aus erscheint Verf. auch die selbständige Heilung der latenten meningealen Syphilis völlig erklärlich für die Fälle, wo die mesenchymale entzündliche Reaktion zur Bekämpfung der Infektion genügend ist. Der genügenden Dosierung des Salvarsans in der Behandlung der Frühfälle wird nur sehr bedingte Bedeutung beigemessen. Das hervorrufende Moment ist die funktionelle Schwäche des mesenchymalen Gewebes und die entwickelte lokale Immunität. Die Prognose der Fälle ist durchweg als eine gute zu bezeichnen. Es kommt entweder zur völligen Genesung oder zur Genesung mit Defekten. Fälle, die durch epileptiforme

Digitized by Google

Anfälle, resp. einen Status epilept. kompliziert werden, haben eine schlechte Prognose. Gute Wirkung sah Verf. vom Neosalvarsan intralumbal. Außerdem aber empfiehlt Verf. große Salvarsandosen intravenös sowie Injektionen von Hydrorg. bijodat. *Pette.*

Slonimskaja, W.: Zwei Fälle von akuter syphilitischer Meningitis mit Temperaturerhöhung. Sovremennaja psichonevrologija Jg. 1, Nr. 1, S. 85—89. 1925. (Russisch.)

Die akute luetische Meningitis ist sicherlich selten. Verf. zitiert die bekannten Fälle von Neumann, Lazareff, Pette, Strassmann und Hoeslin. (In einem nicht veröffentlichten Falle, den Ref. vor 5 Jahren wochenlang beobachtet hat, entwickelte sich foudroyant bei einem Studenten 4 Monate post infectionem während der spezifischen Kur das klassische Bild der cerebrospinalen Meningitis mit 39°, gesteigertem Lymphdruck und stark getrübtem meningokokkenfreiem Liquor.) Die 2 neuen Fälle des Verf. erinnern in ihren Hauptzügen, betreffend Beginn, Verlauf und Ausgang, an die wenigen in der Literatur niedergelegten Beobachtungen. Im 1. Falle stellte sich die Meningitis spontan ein, im 2. Falle wenige Tage nach dem Auftreten einer mit Kopfschmerzen verbundenen Hemiparese und Jackson. Bei atypischer oder ätiologisch dunkler akuter fieberhafter Meningitis cerebrospinalis soll immer — worauf schon Nonne hinwies (Ref.) — nach Syphilis gefahndet werden. *Higier* (Warschau).

Dunphy, Edwin Blakeslee: Ophthalmoplegia internuclearis. Report of a case. (Ophthalmoplegia internuclearis. Mitteilung eines Falles.) (*Dep. of ophth., Harvard med. school a. Massachusetts eye a. ear infirm., Boston.*) Arch. of ophth. Bd. 55, Nr. 1, S. 54—57. 1926.

Bei 33jährigem gesundem Mann trat nach einem anstrengenden Korbballspiel plötzlich Doppeltsehen, Schwindel und Übelkeit auf. Zukneifen des rechten Auges. Das rechte Auge ist nach außen abgelenkt, es überschreitet beim Impuls zur Linkswendung die Mittellinie nicht, bei der Konvergenz erreicht es aber mühelos die physiologische Endstellung. Verdecken des linken Auges beeinflußt die Motilität des rechten Auges nicht. Der Rect. med. dexter ist für die Seitenwendung völlig gelähmt, aber zur ausgiebigen Konvergenzbewegung fähig. Alle anderen Bewegungen des rechten Auges und die des linken Auges normal. S. bds. = normal. Pupillen, Akkommodation, Fundus o. B. Neurologisch sonst o. B. WaR. im Blut negativ, im Liquor stark positiv. (8 Zellen, 28 mg Eiweiß in 100 ccm.) Vestibularprüfung völlig normal. Epulis des linken Oberkiefers. — Heilung der Parese unter Salvarsan. — Verf. nimmt als Ursache eine spezifische Endarteriitis mit Gefäßverschluß an oder ein Gummi des hinteren Längsbündels ohne Beteiligung der Kerne. *P. A. Jaensch* (Breslau).

Léchelle, P., et Jean Weill: Atrophie musculaire syphilitique des membres supérieurs et de la ceinture scapulaire chez un sujet porteur d'une fracture ancienne de la colonne cervicale. (Syphilitische Muskelatrophie der Arme und des Schultergürtels bei einem Individuum mit alter Halswirbelsäulenfraktur.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 42, Nr. 9, S. 349—352. 1926.

59jähriger Mann. Im Jahre 1915 Syphilis. Seit 6 Wochen Schwäche und Atrophie in den Armen, besonders links, leichte Schmerzen (l. > r.), Eingeschlafensein, Krampfgefühl. Befund: Allgemeine Muskelatrophie an beiden Armen und Schultergürteln, links mehr als rechts, auch am Pectoralis, Sterno, Supra- und Infraspinatus. Parese beider Arme mit Ea.R. Reflexe (Sehnen- und Knochen-) erhöht. Sensibilität normal. Starke Kyphose der Halswirbelsäule (seit Trauma im Jahre 1918: Sturz einer schweren Masse auf die Nackenmuskulatur). Röntgenbild: Fraktur von 3. und 4. Halswirbel. Hirnnerven normal, keine Sphincterstörungen. Blut- und Liquor-Wassermann positiv. Diagnose: Meningo-Myelitis syphilitica. Nach Hg und Salvarsan deutliche Besserung. Bei der Lokalisation des Leidens war wohl das Halswirbeltrauma bestimmend. *Kurt Mendel.*

Pires, Waldemiro: Ein Fall von Amyotrophia syphilitica. Ann. brasileiros de dermatol. e syphilogr. Jg. 1, Nr. 5, S. 10—12. 1925. (Portugiesisch.)

24jähriger Mann. Vor 2 Jahren Lues. Seit 4 Monaten Schwäche und Umfangsabnahme des rechten Armes, von oben nach unten fortschreitend. Starke Atrophie der Muskeln der Schulter und des Oberarms. Am Unterarm Atrophie weniger ausgeprägt. Linker Arm normal. In der Familie keine Myopathie. Blut: WaR. +. Liquor: Lymphocytose, sonst alles o. B. Diagnose: Spinale Muskelatrophie auf Grund syphilitischer Gefäßerkrankung des Vorderhorns. Verf. schließt sich dem Rate von Léri an: Bei jeder Amyotrophie, deren Ursache nicht bekannt ist, muß an Syphilis gedacht werden, deren Diagnose aus Anamnese, klinischem oder Laboratoriumsbefund oder aus dem Erfolge einer spezifischen Behandlung zu stellen ist.

Reich (Breslau).

Digitized by Google

Blum, Kurt: Über luische Erkrankungen des untersten Rückenmarksabschnittes. (*Univ.-Nervenklin., Hamburg-Eppendorf.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 26, S. 1066—1067. 1925.

Mitteilung von drei einschlägigen Fällen. 1. 41jähriger Tischler: Urinverhaltung, Lähmung des Sphincter ani, Fehlen des Analreflexes, perianogenitale Hypästhesie; Liquor: Zellvermehrung, Nonne und Pandy positiv, WaR. in Blut und Liquor positiv. Besserung unter spezifischer Behandlung. 2. 58jährige Frau; seit 3 Jahren Schmerzen im rechten Bein und im Gesäß, Blasen- und Mastdarmstörungen, Fehlen beider Achillesreflexe, Anästhesie und Analgesie im 3. bis 5. Sakralsegment. Liquor: Zellvermehrung, Nonne und Pandy positiv, WaR. bei 1,0 positiv. Besserung nach Kur. 3. 41jähriger Transportarbeiter. Seit 1 Jahr Schmerzen im linken Bein, später auch rechts, Harnträufeln, Cremasterreflexe fehlen, Paresen im Bereich der Zehen und Füße, Hypästhesie in Sakral 3 bis 5, Achillesreflexe fehlen, Sphincter ani gelähmt. Liquor: Zellvermehrung, Pandy und Nonne positiv, WaR. positiv. Besserung unter Kur. — Verf. nimmt im ersten Falle eine Erkrankung des Conus, in den letzten beiden eine Erkrankung der Cauda an. Die Affektionen der Cauda nehmen im allgemeinen einen günstigeren Verlauf als die der Cauda. Klinische Heilungen kommen vor, häufiger sind Stillstände und Besserungen; doch können solche Patienten auch rasch zugrunde gehen. *Schob* (Dresden).

Guillain, Georges, P. Lechelle et N. Péron: La syphilis spinale inférieure avec xanthochromie du liquide céphalo-rachidien. (Die Syphilis spinalis inferior mit Xanthochromie des Liquor cerebrospinalis.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **41**, Nr. 39, S. 1613—1619. 1925.

Die Verff. lenken die Aufmerksamkeit auf eine besondere Form der spinalen Syphilis, die sich zeigt durch ein Syndrom der Cauda equina mit xanthochromem, eiweißreichem Liquor. Der Fall wird ausführlich beschrieben, und es wird auseinandergesetzt, warum eine Afektion der Cauda equina anzunehmen war (Schmerzen, Störungen der Sensibilität, motorische Störungen, Verminderung oder Aufhebung verschiedener Reflexe, insbesondere auch der Achillessehnenreflexe, Verschwinden der analen Hautreflexe, Blasen- und Mastdarmstörungen, Störungen der sexuellen Funktion) und beschreiben den Liquorbefund, der eine Eiweißvermehrung zeigte von 2,5 ‰ bei 302 Zellen im Kubikmillimeter, schwach positiver Wassermannscher Reaktion und schwacher Benzoereaktion. Zum Schlusse ergehen sich die Verff. in differentialdiagnostischen Erörterungen. *V. Kafka* (Hamburg).

Lhermitte, J.: La gliose extra-pie-mérienne bulbo-spinale dans les affections syphilitiques du système nerveux. (Extrapiale Gliose der Oblongata und des Rückenmarks bei Syphilis des Nervensystems.) Ann. d'anat. pathol. et d'anat. norm. méd.-chir. Bd. **3**, Nr. 2, S. 113—118. 1926.

In zwei Fällen von sehr langsam verlaufener Rückenmarks- bzw. Hirnrückenmarkssyphilis sah Verf. nach außen von der Pia eine zusammenhängende Schicht eines Gewebes, das durch die Methoden von van Gieson und Mallory-Leroux als faserreiche Glia zu identifizieren war. An der der Arachnoidea zugewandten Außenfläche der Schicht finden sich endothel- und stellenweise auch ependymepithelartige Zellen. Diese Gliawucherung reicht hinauf bis an die Corpora restiformia und den Sulcus pontomedullaris und schlägt sich auch auf die Nervenwurzeln um. Im Rückenmark reicht sie — besonders an der Dorsalseite entwickelt — bis ins mittlere Brustmark. Es zeigt sich, daß an einigen Stellen die extrapiale Gliose mit der marginalen Glia und an den Winkeln und Rändern der Ventrikel auch durch die Foramina Luschka und Magendi mit einer ventrikulären Gliawucherung in Zusammenhang steht. Unter Ausschluß einer Metaplasie nimmt Verf. daher an, daß dieser bisher nicht beschriebene Befund der Ausdruck einer besonders excessiven Gliawucherung ist, die die Piaschranke zu durchbrechen vermag. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).

Vergiftungen, Infektionen:

Villaverde, José Maria: Über chronische Luminalvergiftung. Anales de la acad. méd.-quirúrg. española Bd. **12**, S. 339—344. 1925. (Spanisch.)

Bei einem Epileptiker (Arzt), der eine Zeitlang 0,6 Luminal täglich nahm, entwickelte sich folgendes Krankheitsbild: Klagen über Verschlechterung des Sehens und Hörens, Schwere des Kopfes, dauernder Schwindel. Es bestand ausgesprochene Inkoordination der Bewegungen; Sprache nasal, außerdem an Paralyse erinnernde Sprachstörung. Der Gang glich dem eines Betrunkenen. Apathie, Verlangsamung der Assoziationen. Augen o. B. Vestibularis normal. Nach Aussetzen des Luminals langsames Verschwinden der Erscheinungen. Die subjektiven Seh- und Hörstörungen beruhten nicht auf Schädigung der Sinnesorgane bzw.

Digitized by Google

der betr. Hirnnerven, sondern auf der allgemeinen Verlangsamung der psychischen Vorgänge. — Aussprache: Rodriguez Vera beschreibt einen ähnlichen Fall, dessen Erscheinungen bei Ersetzen des Luminals durch Luminalnatrium zurückgingen, aber erst bei vollständigem Aussetzen des Luminals und Ersatz durch Dialacetin verschwanden. V. will künftighin das lösliche Dial subcutan anwenden. — Alday: Die langsame Ausscheidung des Luminals (wie aller Hypnotica) bewirkt Kumulation, besonders im Zentralnervensystem. Neuerdings hat man die Äthylgruppe, vermittels deren die Fixation im Zentralnervensystem entsteht, durch Methyl ersetzt und ist zu dem Acidum phenyl-methyl-barbituricum oder Rutonal gekommen, das bis zu 1,5 g pro die gegeben werden kann, aber eine stärkere dermotrope Wirkung besitzt als Luminal, so daß konstant Exantheme auftreten. Sulfonal und Neuronal versagen fast immer, wenn Luminal versagt. Nirvanol ist toxischer als Luminal, letzterem aber als Antiepilepticum überlegen. Dialacetin ist nur als Antineuralgicum brauchbar, als Hypnoticum und Antiepilepticum läßt es viel zu wünschen übrig. — Villaverde: Schlußwort.

Reich (Breslau).

Frensdorf: Übergang von Luminal in die Milch. (*Heil- u. Pflegeanst., Hildesheim.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **73**, Nr. 8, S. 322—323. 1926.

Einer epileptischen Mutter wurde Luminal gegeben (3 mal 0,1). Das von ihr gestillte Kind wurde zusehends schläfriger und müder, trank nur wenig und schlief fast dauernd. Aussetzen des Luminals. Kind wird zunehmend munterer. Das Luminal war durch die Milch der Mutter auf das Kind übergegangen und führte bei letzterem zu einer kumulierenden Wirkung, die am 4. Tage sich so steigerte, daß das Kind in einen Dämmerschlaf verfiel. — Bei Arzneien, die in das Brustdrüsensekret übergehen, ist eine gewisse Vorsicht geboten. *Kurt Mendel.*

Molitoris, Hans: Ein Fall von tödlicher Bromoformvergiftung nebst Bemerkungen über den forensischen Nachweis. (*Inst. f. gerichtl. Med., Univ. Erlangen.*) Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. **7**, H. 2/3, S. 223—241. 1926.

Kasuistik der Bromoformvergiftungen, die sich meist durch Überdosierung bei keuchhustenkranken Kindern ereignen und zu etwa 12% tödlich verlaufen. Die tödlichen Dosen schwanken zwischen 2 und 6 g. Krankheitserscheinungen: Fast plötzlich einsetzende Bewußtlosigkeit, zuweilen gehen ihr rauschartige Erregungen, Krämpfe und Schwindel voran. Daneben kommt es zu Reizungen der Schleimhäute. Die Pupillen sind verengt, reaktionslos, zuweilen werden auch weite lichtstarre Pupillen gefunden. Unwillkürlicher Abgang von Harn und Stuhl, gelegentlich Priapismus. Intensiver Bromoformgeruch noch bis 24 Stunden nach der Vergiftung. Als Nachkrankheit kommt Lungenentzündung vor. — An Hand eines tödlich verlaufenen Falles wird der Gang des Bromoformnachweises in Leichenteilen ausführlich dargelegt.

F. Fränkel (Berlin).

Schwarz, Fritz: Vergiftungsfälle und Tierversuche mit Methylchlorid. (*Gerichtl.-med. Inst., Univ. Zürich.*) Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. **7**, H. 2/3, S. 278 bis 288. 1926.

Das Methylchloryd findet jetzt weniger medizinale als industrielle Anwendung, besonders bei Kühlmaschinen. Bei Defekten dieser Maschinen kommt es bei den in der Nähe Beschäftigten zu Symptomen wie Müdigkeit, Kopfweh, rauschartigem Schwindel, Apathie, Schwäche in den Beinen. Von psychischen Symptomen sind in der Literatur noch Erregungszustände erwähnt, sowie trotz bestehender Vergiftungssymptome eine auffällige, übertriebene Gewissenhaftigkeit bei der Arbeit. Der Chlormethylgeruch ist längere Zeit in der Exspirationsluft festzustellen. Besondere Schutzmaßnahmen sind für den Bau und Betrieb von Kältemaschinen zu fordern. — Versuche an Meerschweinchen, weißen Mäusen und Kaninchen zeigten, daß im Laufe der chronischen Zufuhr eine Gewöhnung an das Gift eintrat. Die Symptome boten Ähnlichkeit mit den bei der menschlichen Vergiftung auftretenden. Pathologisch-anatomisch fanden sich die schwersten Veränderungen an den Atmungsorganen und am Rückenmark. Dort kommt es zu einer partiellen bis nahezu vollständigen Degeneration der Vorderhornzellen, vorwiegend im Lendenmark, zerstreut auch im Dorsalmark. Weder bei der akuten noch chronischen Vergiftung traten schwerere Leberveränderungen auf. Zum Schlusse wird eine Methode angegeben, Methylchlorid in der Exspirationsluft des Überlebenden oder im Blut und den Organen der Leiche nachzuweisen.

F. Fränkel (Berlin).

Digitized by Google

Sayers, Royd Ray, William P. Yant and W. J. McConnell: Carbon-monoxid poisoning and its diagnosis. (Kohlenoxydvergiftung und ihre Diagnose.) (*U. S. bureau of mines a. Philadelphia health council, Philadelphia.*) Atlantic med. journ. Bd. 29, Nr. 2, S. 56—62. 1925.

Nach geschichtlichen Vorbemerkungen über Kohlenoxydvergiftungen, die im wesentlichen dem Handbuch von Lewin (Die Kohlenoxydvergiftung. Berlin 1920) entnommen sind, zählt Verf. 10 Vergiftungsmöglichkeiten in der Industrie auf: durch Abgase der Automobile in geschlossenen Wagen und Garagen, in Geschütztürmen und Heizräumen der Kriegsschiffe, in der Gelbgießerei, in der Celluloid-Industrie, bei der Teerdestillation, bei allen Explosivstoffen, bei der Feuerbekämpfung, in der Eisen- und Stahlindustrie und in den Kohlenbergwerken. Analysen haben ergeben, daß dabei sehr hohe Kohlenoxydmengen vorhanden sein können bis zu 60%, in den Abgasen der Automobile durchschnittlich 7%. Bei einem Motorprobelauf in einer geschlossenen Garage enthielt die Luft nach 20 Minuten 1,3% CO, nach 2 Stunden 2,1%, genügend, um den Tod sofort herbeizuführen. Verff. weisen auf die leichten chronischen Vergiftungen im Hause hin, die sich vor allem in Kopfschmerzen und Müdigkeit äußern, und die durch Gasöfen ohne Abzug und defekte Leitungen bei ungenügender Lüftung entstehen. Da die Affinität des CO zum Hämoglobin 300 mal größer ist als die des O, so wird das Blut bei Anwesenheit schon kleiner CO-Mengen allmählich mit CO angereichert. In den Erscheinungen und Spätwirkungen zeigen sich individuelle Schwankungen, so daß eine persönliche Idiosynkrasie bestehen müsse. Striäre Schädigungen werden weder symptomatisch noch pathologisch-anatomisch erwähnt. Für die Diagnose wird ein Verfahren von Wetzel angegeben, das darauf beruht, daß normales Blut mit 1% Tanninlösung versetzt einen grauen Niederschlag gibt, während Kohlenoxydhämoglobin carminrot bleibt. Durch prozentuale Mischung läßt sich eine Farbskala aufstellen, die den Sättigungsgrad des Blutes an CO abzulesen gestattet. Für die Behandlung der frischen Vergiftung ist sofort Zufuhr von reinem Sauerstoff oder von reinem Sauerstoff mit 5% Kohlensäurezusatz zur Vermehrung der Lungentätigkeit notwendig. Die Entgiftung des Blutes erfolgt durch Sauerstoff viermal so schnell, durch Sauerstoff mit Kohlensäurezusatz fünf- bis sechsmal so schnell wie durch gewöhnliche Luft. Die Blutzirkulation soll durch Reiben der Glieder und Warmhalten des Körpers, evtl. durch Coffein und Campher angeregt werden. *Hörmann* (Dresden).

Flury, Ferdinand: Zur Beurteilung von Gasvergiftungen. (*Pharmakol. Inst., Univ. Würzburg.*) Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. 7, H. 2/3, S. 157—167. 1926.

Vom Kohlenoxyd abgesehen, sind unsere Kenntnisse über die Wirkung giftiger Gase nach der qualitativen und quantitativen Seite gering. Für Reizgase vom Typ des Phosgens scheint nur die im ganzen eingeatmete Giftmenge für den Grad der Wirkung bzw. für den tödlichen Ausgang in Betracht zu kommen. Bei den resorptiv wirksamen Gasen gelten andere Abhängigkeiten, die mit der Eigenart der Gase in Beziehung stehen. — Gasgefahren gibt es in fast allen gewerblichen Betrieben. Hierzu kommen neuerdings die Giftgase, die zur Abtötung von tierischen und pflanzlichen Schädlingen mehr und mehr sich Eingang verschaffen. Die Zahl der bis jetzt genauer untersuchten Gase mit Einschluß der Kampfstoffe läßt sich auf etwa 1000 veranschlagen. — Von den giftigen Reizgasen werden vor allem die Atemwege betroffen, während nervöse Erscheinungen zurücktreten und mehr auf Kreislaufstörungen beruhen. Es kann zu Netzhautblutungen, Purpura des Gehirns, Venenerweiterungen, Thrombosen kommen. Zuweilen findet man autoptisch derartige Veränderungen, wo im Leben nervöse Störungen gefehlt haben. Einer genaueren Bearbeitung bedarf das Gebiet der chronischen Gasvergiftungen. *F. Fränkel* (Berlin).

Hoven van Genderen, Jeanne van den: Bemerkungen anläßlich einer Anzahl im Verlaufe der Tollwutbehandlung aufgetretenen Lähmungen im Pasteurschen Institut zu Weltevreden. (*Inst. Pasteur, Bandoeng.*) Geneesk. tijdschr. v. Nederlandsch-Indië Bd. 65, H. 6, S. 677—715. 1925. (Holländisch.)

Über die Ätiologie der Lähmungen, welche im Verlauf der Tollwutbehandlung gelegentlich auftreten, gehen die Ansichten auseinander. Zum Teil werden sie als durch den Hundebiß selbst zustandegekommen angesehen, zum Teil als Folge der Tollwutbehandlung. Der Verf. hat nun an Hand einer Anzahl von Fällen, die zum Teil mit der Methode Pasteur, zum Teil mit der Methode Högyes behandelt wurden, den Anteil der bei diesen Behandlungsarten auftretenden Lähmungen verfolgt. Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, daß die Anzahl der Lähmungen in Beziehung steht zur Intensität der Tollwutbehandlung, so daß die Annahme von J. Koch und anderen, daß die Paraplegie als atypische oder abortive Lyssa angesehen werden müssen, hierin keine Stütze findet. Der strikte Beweis, daß das Virus fixe die Ursache der Lähmungen sei, wäre dann gegeben, wenn dieses Virus im Zentralnervensystem der Kranken nach-

Digitized by Google

gewiesen werden könnte. Diesen Nachweis konnte der Verf. in der Tat in mehreren Fällen erbringen. Wenngleich auch eine intensive Behandlung der Lyssa mehr therapeutische Aussichten bietet, so wächst doch die Gefahr der Lähmungen mit der Intensität der Behandlungsmethode. Mit welcher Dosierung man zu den besten Resultaten kommt, muß von jedem Institut auf Grund eigener Erfahrungen bestimmt werden, wobei aber die Dosis des Virus fixe, die schädlich werden kann, keinesfalls überschritten werden darf. *F. Fränkel* (Berlin).

Amossov, M., und G. Lindtrop: Akute Malaria-Ataxie. Russkij žurnal tropičeskoj mediciny Jg. 1925, Nr. 4/6, S. 3—10. 1925. (Russisch.)

Dawidenkoff hat sehr gut die Leyden-Westphalsche akute Ataxie bei Malaria beschrieben und sie weniger auf Encephalitis als auf Toxämie zurückzuführen versucht, eine von manchen französischen Autoren akzeptierte Ansicht. In sämtlichen 3 eingehend geschilderten Fällen wiederholt sich mit photographischer Treue das Bild der akuten cerebellaren Ataxie mit Säufergang, Adiadochokinesie, Dysmetrie, Asynergie, nasaldysarthrisch monotoner Sprache bei Abwesenheit jeglicher grob motorischer, sensibler und reflektorischer Anomalien. Das Bild scheint im Kaukasus — speziell im Aserbajdzankreis — nicht selten zu sein. Hohe Chinindosen — bis 4,0 täglich — bringen meist alles zur Norm zurück. Am Grunde dieses Leidens liegen toxämische Prozesse, die zu Systemdegeneration führen. In den gangbarsten Lehrbüchern wird auffallenderweise bei der akuten cerebralen Ataxie der Malaria gar nicht Erwähnung getan, ebenfalls nicht im Kapitel der benignen und perniziösen Encephalitis. *Higier* (Warschau).

Tetanus:

Quast, Gerhard: Ein Beitrag zur Frage des Verbleibes des durch die Wutschutz-Impfung dem menschlichen Körper einverleibten Virus fixe. (*Hyg. Inst., Univ. Breslau.*) Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenk. u. Infektionskrankh., Abt. 1 Bd. 97, H. 1, S. 53 bis 56. 1925.

Tierversuche ergaben, daß mit großer Wahrscheinlichkeit das durch Impfung einverleibte Virus fixe in das Zentralnervensystem gelangt, dort sich eine gewisse Zeit latent hält und dann allmählich abgebaut wird. Hieraus läßt sich folgern, daß das in das Zentralnervensystem gelangte Virus fixe die Bildung von Antikörpern veranlaßt, die dann das Straßenvirus zu binden vermögen. *Pieper* (Berlin).

Glamser: Über den Nachweis und die Reinzüchtung des Starrkrampferregers. (*Württ. tierärztl. Landesuntersuchungsamt, Stuttgart.*) Zeitschr. f. Infektionskrankh., parasitäre Krankh. u. Hyg. d. Haustiere Bd. 28, H. 4, S. 245—256. 1925.

Der Nachweis von Tetanuskeimen oder -Toxin in Wundsekreten ist schwer, wenn nur geringe Keimmengen vorhanden sind oder kein starkwirkendes Toxin gebildet ist. Im Anschluß an eine Vernagelung erkrankte ein Pferd an Starrkrampf. Im eingesandten Wundsekret fanden sich mikroskopisch Kokken und Stäbchen der verschiedensten Formen, aber keine Tetanusbacillen. Der angestellte Tierversuch verlief nicht eindeutig. Kulturell konnte ebenfalls mit Hilfe der Anreicherung in Leber- und Blutbouillon keine sichere Diagnose gestellt werden. 4 Wochen nach Beginn der Untersuchung enthielt das bei Zimmertemperatur aufbewahrte Wundsekret mikroskopisch eine große Zahl freier, runder Sporen. Erhitzung 1 St. auf 80° C und Verimpfung auf Leber- und Blutbouillon gestattete die Diagnose. — In einem zweiten Fall wurde eine talergroße Borke von der Wunde eines Pferdes übersandt; auch hier konnten weder mikroskopisch noch kulturell Starrkrampfkeime nachgewiesen werden. Die 1 St. 70° C sofort erhitzte Aufschwemmung der Borke in Nährbrühe blieb dann 20 Tage bei 18° C stehen; es gelang dann, Tetanuskeime und Tetanustoxin nachzuweisen. *Knorr.*

Colella, Cataldo: Sulla comparsa del virus della rabbia nell'umore acqueo. (Vom Erscheinen des Wutvirus in dem Augenkammerwasser.) (*Istit. sup. di med. veterin., Napoli.*) Gazz. internaz. med.-chir. Jg. 1925, Nr. 22, S. 349—351. 1925.

Zunächst wird eine längere Aufzählung der bisherigen Fundorte des Wutvirus im infizierten Organismus gegeben und daraus gefolgert, daß die Virulenz der Gewebe, Körperflüssigkeiten und Drüsenparenchyme im prozentualen Verhältnis zur mehr oder minder großen Innervierung der einzelnen Körperorgane steht. Zum Nachweis einer postmortalen Diffusionsfähigkeit des Lyssavirus experimentierte Verf. an subdural mit Virus fixe infizierten Kaninchen, denen unter aseptischen Kautelen abwechselnd 24 Stunden vor dem Tode,

Digitized by Google

kurz nach dem Exitus und 24 Stunden später je 0,4 ccm Humor aqueus zur subduralen Infektion neuer Versuchstiere entnommen wurde. Dabei ergab sich, daß das intra vitam und gleich nach dem Tode gewonnene Kammerwasser nicht infektiös war, späterhin jedoch das Virus enthielt. Das Versuchsresultat befindet sich in Übereinstimmung mit der bekannten Tatsache, daß das Wutvirus aus Gehirnstückchen in die Glycerin-Konservierungsflüssigkeit und darin gleichzeitig aufbewahrte gesunde Nervensubstanzen diffundiert. *Saling.*°°

Arlt, Benno: Kopftetanus nach Lidverletzung. Wien. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 46, S. 2560—2561. 1925.

22jähriger Arbeiter erlitt eine Stichverletzung am linken Oberlid. 6 Tage darauf ist der Mund schief, bald erschwertes Kauen, Mundsperre usw. Schließlich tritt Lagophthalmus und Bewegungsbeschränkungen des linken Auges auf. Dabei ist die für den Kopftetanus charakteristische Facialislähmung auf der Seite der Verletzung. Nach Behandlung mit Antitoxin Ausgang in Heilung. [*Meisner*] *W. Wegner* (Greifswald).

Famiglietti, Giuseppe: Contributo clinico alla cura del tetano col metodo Baccelli. (Klinischer Beitrag zur Tetanustherapie nach Baccelli.) Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 51, S. 1791—1793. 1925.

2 Fälle von klassischem Tetanus traumaticus, die mittels Einspritzungen von Karbollösung geheilt wurden. Die seit Jahren in Italien geübte Tetanustherapie nach Baccelli besteht in der Einspritzung von großen, steigenden Dosen von 1 proz. Carbollösung (in diesen Fällen während der ganzen Krankheitsdauer resp. 90 und 75 ccm). Die Einspritzungen werden gewöhnlich von seiten der Nieren gut vertragen; das Fieber und die anderen Symptome fallen rapide nach den Einspritzungen ab. Die Einzeldosen betragen 10 ccm der Lösung und können bis zu 6 mal in 24 Stunden wiederholt werden. Die Methode sollte immer, wenn keine Serumtherapie möglich ist, versucht werden. *Enderle* (Rom).

Traumatische Nervenerkrankungen, Kriegsverletzungen:

Ticozzi, Ercole: Sopra un caso di cefalo idrocele aracnoideo traumatico. (Über einen Fall traumatischer Schädelhydrocele der Arachnoidea.) Osp. magg. (Milano) Jg. 14, Nr. 2, S. 43—46. 1926.

4jähriges Mädchen, belanglose Familienanamnese. Mit 3 Monaten stürzte das Kind vom Arme einer Person auf die Stiege, zeigte sofort eine mächtige Beule über der rechten Schädelhälfte; die Anschwellung ging allmählich zurück, ohne jedoch gänzlich zu schwinden. Etwa $1^1/_2$ Jahre später erster epileptischer Anfall mit linksseitigem Beginne; in der Folge 2—3 mal monatlich ähnliche Anfälle. (Während der 2monatigen Spitalsbeobachtung übrigens kein Anfall.) Links leichte Ptosis. Sehnenreflexe lebhaft, l. > r., Babinski beiderseits +, l. > r. Rechts in Schläfe-Scheitel-Gegend eiförmige Geschwulst mit normaler Hautdecke, mit Puls synchron pulsierend, bei tiefer Inspiration nicht abschwellend. Palpation deckt entsprechenden Knochendefekt auf, 85 mm lang, 45 mm breit, 65 mm oberhalb des äußeren Gehörganges und 85 mm von der Sagittallinie entfernt. Konsistenz der Geschwulst weich-elastisch, pulsierend, leicht komprimierbar, so daß sie in das Schädelinnere verschwindet. Schmerzlos. Serum-WaR. negativ, ebenso Cutireaktion. Röntgenbild zeigt den schon klinisch nachweisbaren Knochendefekt, dessen Ränder verdickt sind und zahlreiche Osteophyten aufweisen. Diagnose: Traumatische arachnoideale Schädelhydrocele. Drei Abbildungen im Texte.

In den epikritischen Bemerkungen erörtert Verf. unter anderem die Frage einer chirurgischen, osteoplastischen Operation, welchen Eingriff er einstweilen ablehnt. Die klinischen Erscheinungen sind zu geringfügig, um einen derart schweren Eingriff genügend zu rechtfertigen; dazu kommt das jugendliche Alter. Vorläufig begnüge man sich mit Schutzverband (metallener Kalotte). *Alexander Pilcz* (Wien).

Wimmer, August: Über Charakter- und Temperamentsänderungen nach Stirnhirnverletzungen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 84, S. 451 bis 459. 1926.

Der Verf. berichtet über drei Fälle von Stirnhirnverletzungen mit nachfolgenden schweren Charakter- und Temperamentsveränderungen bei gut erhaltener Intelligenz. Es handelt sich auch nicht eigentlich um ethisch-moralische Ausfälle, sondern fast ausschließlich um Änderungen der Gemütslage, bald mehr euphorischer, bald mehr depressiver Art, in einem Falle auch mit Zwangserscheinungen verbunden. *G. Ewald* (Erlangen).

Mylius, K.: Isolierte, traumatisch entstandene Lähmung des Rectus superior. (*Univ.-Augenklin., Hamburg-Eppendorf.*) Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. 58, H. 4, S. 295 bis 298. 1926.

Verf. beschreibt einen Fall von isolierter Lähmung des M. rectus sup. infolge Unfalles: Ein spitzer Haken wurde am linken Auge zwischen Augapfel und Oberaugenlid eingestoßen.

Digitized by Google

Solche isolierten, traumatisch entstandenen Lähmungen sind selten. Die Indikation zur Operation gestaltet sich in der Weise, daß bei Abreißungen der Sehne vom Augapfel die Naht sofort auszuführen ist, während sie bei Zerreißung des Muskelbauches erst später vorzunehmen ist.

Pette (Hamburg).

Larini, Domenico: Contributo alla conoscenza delle emorragie endocraniche del neonato. (Beitrag zur Kenntnis der intracranialen Hämorrhagien beim Neugeborenen.) (*Clin. pediatr., univ., Bologna.*) Riv. di clin. pediatr. Bd. 24, H. 1, S. 35—57. 1926.

Mitteilung eines Falles, in dem am 10. Lebenstage eine singultusartige Atemstörung eintrat, die unter Fiebererscheinungen bis fast zu dem am 20. Lebenstage eintretenden Tode anhielt. Mikroskopisch fanden sich bilateral kleine Blutungen in der Umgebung der Vaguskerne. Der Verf. betrachtet auf Grund eingehender pneumographischer Analyse die Atemstörung als den Ausdruck einer zunehmenden Erschöpfung der Ansprechbarkeit des Atemzentrums und hält daher ihr Auftreten beim Neugeborenen für prognostisch infaust.

Erwin Wexberg (Wien).

Nervenkrankheiten der Tiere:

Bonfiglio, Francesco: Nuovi dati e nuove vedute sulla cosi detta encefalite spontanea del coniglio (soroplasmosi) e sul suo parassita (soroplasma citophilum). (Neue Tatsachen und Ansichten über die sog. Spontanencephalitis des Kaninchens [Soroplasmosis] und ihren Erreger [Soroplasma cytophilum]. (*Manicomio prov., Roma.*) Note e riv. di psichiatr. Bd. 13, Nr. 3, S. 353—395. 1925.

Nach umfangreichen Versuchen ergibt sich: Die bisher als Spontanencephalitis bezeichnete Krankheit ist nicht nur eine Gehirn-, sondern eine Allgemeinerkrankung, die Verf. nach dem von ihm als Soroplasma cytophilum bezeichneten Erreger als Soroplasmosis benennt. Der am meisten den Nosematiden ähnelnde Erreger wird in 2 Formen vorgefunden. Die Form der „ausgewachsenen Sporen" wird in den 2 ersten Wochen der Krankheit im Nervensystem, in Milz, Leber und Nieren gefunden, wobei sie in Milz, Leber und Nieren granulomatöse Prozesse neben lympho- und plasmocellulären Infiltraten bedingt, die nach Verschwinden der Sporen zu sklerotischen Veränderungen in Milz, Leber und Nieren führen. Diese „Sporen" stellen wohlabgegrenzte, rundliche oder ovale, aus einem Plasma- und Kernteil bestehende Gebilde dar. Im Nervensystem folgt auf das Stadium produktiver Entzündung ein Stadium, in dem produktive und infiltrative Prozesse nebeneinander bestehen. Hier wandeln sich die „Sporen" jetzt in vom Verf. Sferulen genannte Gebilde (große, syncitiale Plasmamassen mit zahlreichen Kernen) um, während eine Rückbildung der Entzündungsprozesse erfolgt. Die Sferulen veranlassen keine pathologischen Erscheinungen mehr, können aber bei Überimpfung auf ein anderes Tier wieder „Sporen" bilden.

Hans Strauss (Frankfurt a. M.).

Beck, A., und H. Frohböse: Die enzootische Encephalitis des Schafes. Vergleichende experimentelle Untersuchungen über die seuchenhafte Gehirnrückenmarksentzündung der Pferde und Schafe. (*Tierseucheninst., Univ. Leipzig.*) Arch. f. wiss. u. prakt. Tierheilk. Bd. 54, H. 1, S. 84—110. 1926.

Die ätiologische Einheit der Bornaschen Krankheit der Pferde und der seuchenhaften Encephalitis der Schafe ist schon öfter behauptet und diskutiert worden. Verff. haben von beiden Krankheiten stammendes Gehirnmaterial subdural und intracerebral auf Kaninchen, subdural auf Schafe und auf ein Pferd übertragen und sind dabei zu folgenden Ergebnissen gekommen: In 8 von 10 Fällen gelang die Übertragung der Bornaschen Krankheit auf das Kaninchen, Weiterübertragung auf andere Kaninchen und von da aufs Schaf und endlich auch direkt vom Pferd auf das Schaf. Die Übertragung gelang auch auf intralumbalem wie auch, was besonders wichtig, da wohl den natürlichen Verhältnissen näherkommend, auf nasalem Wege. In derselben Weise gelangen Übertragungen der Schafencephalomyelitis auf das Kaninchen und Meerschweinchen und Weiterimpfung in Passagen ohne Abnahme der Virulenz. Der Versuch der Impfung vom Schaf aufs Pferd konnte nur einmal ausgeführt werden und hatte negatives Ergebnis, was aber nicht viel besagen will, da auch unter natürlichen Verhältnissen

Digitized by Google

sich ein großer Teil der Pferde als immun erweist. Bakteriologisch konnten nur selten Diplokokken, die sich nur einmal als pathogen erwiesen und sichtlich einer Mischinfektion entstammten, gezüchtet werden. Als Erreger kommt vielmehr nur ein invisibles Virus in Betracht, dessen Filtrierbarkeit Verff. aber noch nicht nachweisen konnten. Die Inkubationszeit ist bei den einzelnen Versuchstieren und je nach dem Infektionsweg verschieden, beträgt aber bei Kaninchen nie weniger als 20 Tage. Sonst ist das klinische und anatomische Bild bei allen Versuchen das gleiche. Ersteres ist durch Mangel an Fieber (besonders im Gegensatz zu Mischinfektionen), Depression, Schlafsucht, mangelnden Appetit, Abmagerung, Zähneknirschen, zuweilen Speicheln und Paresen der Nachhand gekennzeichnet. Pathologisch-anatomisch besteht makroskopisch meist eine seröse Leptomeningitis, mikroskopisch lymphocytäre Infiltration der Gefäße der Pia, weniger regelmäßig und ausgesprochen der Capillaren in der Tiefe der Hirnsubstanz. Joestsche Kerneinschlüsse konnten beim Schaf regelmäßig, beim Kaninchen nicht so häufig in den Ganglienzellen gefunden werden. Bei weiteren Passagen wurde der Befund in den erst negativen Fällen ebenfalls meist positiv. Intralumbal infizierte Tiere zeigten die Kerneinschlüsse meist in den Zellen der Vorder- und Hinterhörner und den Spinalganglien. Nach alledem dürfte bei den beiden Krankheiten dieselbe Ätiologie maßgebend sein.

Fr. Wohlwill (Hamburg).

Spezielle Psychiatrie.

Epilepsie, Kinderkrämpfe:

Josephs, Hugh: Fasting as a cause of convulsions. (Fasten als Ursache von Konvulsionen.) (*Harriet Lane home f. invalid childr. a. dep. of pediatr., Johns Hopkins univ., Baltimore.*) Americ. journ. of dis. of childr. Bd. **31**, Nr. 2, S. 169—177. 1926.

Josephs berichtet über 4 kleine Kinder, die ihre der Beschreibung nach epileptischen Anfälle stets morgens vor dem Frühstück, nach Erbrechen oder abends, wenn sie einmal nichts gegessen hatten, bekamen. J. nimmt einen ursächlichen Zusammenhang an zwischen den Anfällen und dem vorangegangenen „Fasten" und glaubt, daß der Verringerung des Blutzuckers in dieser Zeit auch Bedeutung zukomme.

Stier (Charlottenburg).

Pötzl, O.: Ciliarneuralgie als epileptisches Äquivalent. (Rückschlüsse auf die corticale Vertretung der Tiefensensibilität des Auges und des peripheren Sehens.) (*Psychiatr. Klin., dtsch. Univ., Prag.*) Wien. med. Wochenschr. Jg. **76**, Nr. 3, S. 82—88. 1926.

Der 43 Jahre alte Patient leidet seit dem 17. Lebensjahr an epileptischen Anfällen. 1922 treten bei gleichzeitiger Unterdrückung der Anfälle durch Brom und Luminal anfallsweise stärkste Schmerzen am linken Jochbein und Auge mit Venenschwellung an der linken Stirn und sichtbarer Pulsation der Art. temporalis auf, die nach Weglassen des Broms verschwinden. Später wieder Brombehandlung. Im Oktober 1924 epileptischer Anfall mit Fallen nach rechts, während früher alle Erscheinungen linksseitig waren. 8 Tage später treten Schmerzanfälle wie die früher beschriebenen, aber jetzt rechts auf, mit besonders heftigem Schmerz in der rechten Schläfe. 3 Tage nach Aussetzen des Broms ein solcher Anfall, bei dem Patient einen flammend roten Fleck oben auf seiner Schläfe gesehen habe. Am nächsten Morgen finden sich kleine Blutungen am rechten Oberlid und am rechten Rand der rechten Sclera, die auf spontane Ruptur kleiner Venen im Anfall zurückgeführt werden. Nach Absetzen des Broms bleiben diese Anfälle wieder weg. Diese medikamentöse Beeinflussung wie die symmetrische Verteilung der Anfälle sprechen nach Verf. dafür, daß die scheinbare Ciliarneuralgie ein epileptisches Äquivalent darstellt.

Zu weiteren Erörterungen geben folgende Erscheinungen Anlaß: Seit 1920 ist es Pat. in der Aura, als ob das linke Auge düster werde, alles mit ihm Wahrgenommene nichts mit dem rechts Gesehenen zu tun habe, alles erscheine nach links hin gedehnt. Eine ebensolche Dehnung des Gesichtsfeldes, wie sie hier nach links vorliege, nach rechts hin erblickt Verf. in dem Wahrnehmen des roten Scheines auf der rechten Schläfe während des einen Schmerzanfalles. In Übereinstimmung mit seiner Ansicht, daß die occipitale Konvexität auch beim Menschen höchstwahrscheinlich einen Anteil am

Digitized by Google

peripheren Sehen habe, erklärt Verf. diese optischen Phänomene damit, daß in diesen Zuständen die schon früher von ihm in Feld 18 und 19 angenommene Nebensehsphäre „gleichsam zur Hauptsehsphäre wird, während zugleich das monoculäre Sehen vorübergehend im Kampf mit dem binoculären Sehen die Oberhand gewinnt". Weitere Ausführungen führen Verf. zu dem Schluß, daß aus den auf vasomotorischen Erscheinungen beruhenden Schmerzanfällen hervorgehe, daß die vasomotorische Innervation des gekreuzten Augapfels vom Occipitallappen aus beeinflußt werden kann. Eine ebensolche Beeinflussung wird von dort her für die Statik in der Sensibilität des Augapfels angenommen. Man dürfe „in einem gewissen Sinne sagen, daß ein zentraler Vorgang die Leistungen des überschüssigen lateralen Sehfeldes zu einem Teil gleichsam in plastische Vorgänge verwandelt, die zur Modellierung des kontralateralen Auges und zur Aufrechterhaltung des Gleichgewichts seiner Tiefensensibilität wichtig sind". Die auch im Original sehr kurz gehaltene Begründung dieser Ansichten ist dort nachzulesen. *Hans Strauss* (Frankfurt a. M.).

Stiefler, G.: Über Dämmerzustände von epilepsieartigem Charakter bei Polycythaemia rubra und ihre forensische Bedeutung; nebst Bemerkungen über die bei Polycythämie vorkommenden psychischen Störungen. Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. **7**, H. 2/3, S. 289—300. 1926.

Verf. weist in verdienstvoller Weise auf die freilich wohl ziemlich seltenen psychischen Störungen bei Polycythämie hin; sie bestehen in organischen Dämmerzuständen und Absenzen von durchaus epileptoidem Charakter, ohne daß sich große Anfälle oder epileptische Antezedentien in der Vorgeschichte nachweisen lassen. Er berichtet über einen im Dämmerzustand forensisch gewordenen Fall. *G. Ewald* (Erlangen).

Wassiliev, J.: Fehleranalyse bei Anwendung der Korrekturmethode. (*Psychiatr. Klin., med. Militärakad., Leningrad.*) Zeitschr. f. Psychol., Neurol. u. Psychiatrie Bd. **5**, S. 23—30. 1924. (Russisch.)

Bei Beobachtungen an Epileptikern wandte Verf. die Korrekturmethode an. Die Tafeln zum Streichen der Buchstaben waren die von Anfimoff. Es erwiseen sich dabei zwei Arten von Fehlern: die sog. „reflektorischen Fehler", welche durch ein ablenkendes Moment hervorgerufen werden (Türklopfen, Schritte im Nebenzimmer, somatische Reize), und „paradoxe Fehler", welche ohne jegliches ablenkendes Reizmoment entstehen. Die Häufigkeit der Fehler steht in enger Beziehung zu dem Raum zwischen den Buchstaben; es stellte sich dabei heraus, daß sich die nahestehenden Buchstaben in höchst ungünstigen Verhältnissen zur Erkennung und günstigen zur Durchlassung dieser Buchstaben befinden. Die Ursache dieser Erscheinungen ist dreierlei zu erklären. Erstens: Bei Einstellung des Experiments kommen rein physische Verhältnisse zum Vorschein, da die Vpn. die nahestehenden Buchstaben mit dem Bleistift verdeckt. Zweitens, es entsteht eine Nichtübereinstimmung zwischen dem von der Vpn. ausgearbeiteten Rhythmus auf öfters wiederkehrende Buchstaben und der korrespondierenden Buchstabenzwischenraumweite. Endlich, drittens, entsteht, wenn man das Korrekturexperiment als bedingtreflektorische Reaktion auffassen will, eine negative Induktion, welche bei wiederholten Buchstaben als „Hemmung" in voller Kraft hervortritt.
Mark Seresjki (Moskau).

Wladyczko, Stanislas: La cure sucrée dans l'épilepsie. (Die Zuckerkur bei der Epilepsie.) Presse méd. Jg. **33**, Nr. 89, S. 1475—1477. 1925.

Verf. konnte feststellen, daß in einer Reihe von Epilepsiefällen eine Verminderung des Blutzuckers vorhanden ist. Diese Hypoglykämie soll nach Ansicht des Verf. direkt oder indirekt Anfälle auslösen. Es ist daher angezeigt, eine Zuckerkur in all jenen Fällen von Epilepsie zu versuchen, bei denen der Zucker im Blute vermindert ist. Empfohlen wird die Dosierung von 50—100 g Traubenzucker in Wasser gelöst im Tage. Organotherapeutische Versuche sollen die Zuckerkur begleiten.
V. Kafka (Hamburg).

Digitized by Google

Bojovitch, Voukota: Sympathectomie péri-carotidienne dans le traitement de l'épilepsie essentielle. (Perikarotiden-Sympathektomie zur Behandlung der essentiellen Epilepsie.) (*Hôp. d'état, Pozarevac.*) Rev. de chir. Jg. 44, Nr. 8, S. 608—616. 1925.

Eine solche — in 7 Fällen angewandt — rief im Bereich des Halses und Kopfes Gefäßerweiterung mit Erhöhung der lokalen Temperatur, Cyanose des Gesichts und Kongestionen hervor. Der vorher ängstlich-schreckhaft-traurige Gesichtsausdruck wich nach der Operation einem freudig erregten, die Kranken wurden ruhiger, zufriedener, psychisch wesentlich gebessert. Bei 3 Fällen blieben die epileptischen Anfälle ganz aus, bei dreien trat eine beträchtliche Besserung hinsichtlich der Häufigkeit, Dauer und Schwere des Anfalles ein; indessen wird über die Dauer dieser Besserung nichts gesagt. Verf. hält den Eingriff, der je nach der Häufigkeit der Anfälle evtl. in Narkose vorgenommen werden muß, für technisch wesentlich einfacher als die Resektion des Cervicalganglions; Excision der Adventitia in Ausdehnung von 5 cm nach der Lericheschen Technik unter Vermeidung zu starken Drucks auf die Arterie während der Operation. *M. Meyer* (Köppern i. Taunus).

Schizophrenie:

Mazzanti, Carlo: Reperti istopatologici del sistema nervoso in due casi di demenza precoce con morte improvvisa. (Histopathologische Befunde am Nervensystem in 2 Fällen von Dementia praecox mit plötzlichem Tod.) (*Clin. d. malatt. nerv. e ment., univ., Firenze.*) Sonderdruck aus: Studi neurol. S. 199—207. 1926.

Der plötzliche Tod konnte bei 2 Dem. praec.-Kranken durch den histologischen Befund nicht erklärt werden. Die herdförmig verteilten Veränderungen der Nervenzellen bestanden in Vakuolisierung, Schwellung und Homogenisierung des Protoplasmas und Kernschwund. In der weißen Substanz fand sich herdweise Rarefikation, kugel- und traubenförmige fleckweise angeordnete Massen von Abräumzellen. In Fall 1 war der Sehhügel und der Nucl. dentatus des Kleinhirns, in Fall 2 der Nucl. dentatus (Etat criblé) am stärksten geschädigt. Die beobachteten kugelförmigen Massen haben wohl gliöser Umwandlung, aber nicht einer wirklichen Degeneration ihren Ursprung zuzuschreiben. Das Verhalten der Zellen bei den einzelnen Färbemethoden wird genau beschrieben. *Kastan* (Hamburg).

Langelüddeke, Albrecht: Zur Frage des sensitiven Beziehungswahnes. (*Psychiatr. Univ.-Klin. u. Staatskrankenanst., Hamburg-Friedrichsberg.*) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 84, S. 304—315. 1926.

Beschreibung eines Falles von schizophrener Phychose, die mit einem längeren paranoiden Initialstadium mit sensitiven Mechanismen beginnt: Enttäuschungen in der geschäftlichen Laufbahn mit demütigenden Kränkungen über seine Herkunft, Selbstvorwürfe über eine frühere Unwahrheit bei einem sensiblen, ehrgeizig strebsamen Mann. Daraus entwickelt sich ausgedehnter Beziehungs- und Verfolgungswahn; weiterhin vorübergehend halluzinatorische Phase, teilweise Remission mit Neigung zu autistischem Sicheinspinnen und Verlust der Spontaneität bei sonst gut gebliebener seelischer Ansprechbarkeit. *Kretschmer* (Marburg).

Morgenthaler, W.: Das Dogma von der Unheilbarkeit der Schizophrenie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 100, H. 4/5, S. 668—677. 1926.

Der Verf. stellt die Kraepelinsche und Bleulersche Schizophrenielehre in kurzer Skizzierung einander gegenüber und bekämpft das „Dogma" der Unheilbarkeit der Schizophrenie, an dem auch noch Bleuler festhält. Dabei ist ihm Unheilbarkeit gleichbedeutend mit völliger Verblödung, Heilung mit Defekt aber ist ihm Heilung schlechtweg, so scheint es wenigstens nach seinem Vergleich mit der Chirurgie, die sich sehr beklagen würde, wenn man behaupten würde, sie könne nicht heilen. Es ist aber wohl nicht zu bezweifeln, daß gerade der Chirurg nur mit Defekt heilt. Ref. ist selbst amputiert, betrachtet sich zwar als geheilt, aber kann doch den Chirurgen den „Vorwurf" nicht ersparen, daß sie ihn nur „mit Defekt" geheilt haben. Ich glaube, daß wir mit einer solchen Beweisführung in der Schizophreniefrage nicht weiter kommen, wenn es auch durchaus richtig ist, daß das Dogma „unaufhaltsam fortschreitender geistiger Verblödung" — so müßte die Formulierung des Verf. eigentlich lauten — lähmend auf therapeutische Bestrebungen wirkt, aber dieses Dogma wird doch wohl von kaum einem Autor vertreten. *G. Ewald* (Erlangen).

Digitized by Google

Tullio, B. di: Sul rapporto fra criminalità e demenza precoce. (Über Beziehung zwischen Kriminalität und Dementia praecox.) Zacchia Jg. 4, Nr. 1/3, S. 86—95. 1925.

Verf. untersuchte die geisteskranken Verbrecher der I. A. S. Onofrio (Rom) nach folgenden Gesichtspunkten: 1. Häufigkeit der Dementia praecox, 2. häufigste Form derselben, 3. in welcher Zeit nach der Verurteilung die Psychose erkannt wurde, 4. kriminelle Vorgeschichte. Unter 50 Fällen fand Verf. 25 Schizophrene, deren Krankheitsgeschichten kurz mitgeteilt werden. 12 Fälle einfacher Dementia praecox, 11 Fälle von paranoider Demenz und je 1 Fall von Katatonie und Schizophrenie (Verf. sagt nicht, welche Unterform er darunter versteht). In je einem Fall wurde die Psychose 13, 9, 8, 7, 6, 3 Jahre nach der Verurteilung manifest, bei dreien einige Jahre später, bei 4 in einem Jahre, bei 6 in einigen Monaten und bei 5 noch während der Untersuchungshaft. Der Form der Kriminalität nach zumeist schwere Gewalttaten; 13 Mörder, darunter 4 Vater- und ein Brudermörder; auch die übrigen betrafen meist Gewalttaten, Körperverletzung, Raub, nur in einem Falle Diebstahl, aber bald darauf auch Körperverletzung. Das kriminelle Vorstadium der Dementia praecox kann sich auf sehr lange Zeit erstrecken, namentlich wichtig vom forensen Standpunkte sind die schleichend heboiden Bilder. Verf. beschäftigt sich ferner mit der Frage der schizoiden Veranlagung bzw. Persönlichkeit; die Umwandlung des einfachen Schizoides zu einer ausgesprochenen Schizophrenie kann durch die Kerkerhaft begünstigt werden. Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen: Die Diagnose der Dementia praecox hat eine hohe klinische, forensische und soziale Bedeutung. Viele, anscheinend nur mangelhaft motivierte Gewaltdelikte werden von initialen Schizophrenen begangen. Unter den verschrobenen, undisziplinierbaren, impulsiven, trotzigen Kriminellen kann man Schizophrene und schizoide Personen finden. Die Kerkerhaft, namentlich Einzelhaft, begünstigt die Entwicklung der halluzinatorischen Zustände, des Autismus und die eigenartige affektive Verblödung. *Alexander Pilcz* (Wien).

Benon, R.: La période médico-légale de la démence précoce. (Das gerichtsärztliche Stadium der Dementia praecox.) (*Hosp. gén., Nantes.*) Bull. méd. Jg. 40, Nr. 11, S. 290—293. 1926.

An der Hand eines selbstbeobachteten Falles wird die Frage geprüft, ob es bei der Dementia praecox ebenso wie bei der Paralyse ein Anfangsstadium gibt, in welchem charakteristische Delikte begangen werden. Das Ergebnis lautet, daß dort solche Vorkommnisse seltener sind, und daß die Verstöße gegen das Strafgesetz weniger das Gepräge des Schwachsinns tragen, weil es nicht so schnell wie bei der Paralyse zur Zerstörung der Urteilsfähigkeit kommt, vielmehr anfangs die Erscheinungen einer chronischen Hypothymie überwiegen. *Raecke* (Frankfurt a. M.).

Sacristán, José M.: Über Cocainwirkung bei stuporösen Katatonikerinnen. (*Manicomio de Mujeres de Ciempozuelos, Madrid.*) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 84, S. 380—403. 1926.

Versuche mit Cocaininjektionen (0,025—0,1 g) bei stuporösen Katatonikerinnen führten zu dem Ergebnis, daß sich in $^3/_4$ der Fälle der Stupor vorübergehend löste, bald unter stark affektiver, meist depressiver Reaktion, zuweilen auch in stark erotischer Erregung, auf motorischem Gebiet in einer von leichter Unruhe bis zu stärkstem Bewegungsdrang sich steigernden Erregung. Ein eigentlicher psychischer Kontakt konnte nicht erzielt werden, es gelang nur in einigen günstigen Fällen einen flüchtigen Einblick in die seelischen Verhältnisse zu gewinnen, der aber nach jeder Richtung hin ungenügend war. Der praktische Vorteil der Cocainanwendung bei Katatonischen ist gering; auch bezüglich der theoretischen Erklärungen des Stupors kamen die Verff. nicht weiter. *G. Ewald* (Erlangen).

Verblödungsprozesse:

Neubürger, Karl: Über streifenförmige Erkrankungen der Großhirnrinde bei Arteriosklerose. (*Krankenh. Schwabing u. dtsch. Forschungsanst. f. Psychiatrie* [*Kaiser*

Digitized by Google

Wilhelm-Inst.], *München.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **101**, S. 452 bis 469. 1926.

Die Arbeit bildet ein weiteres Glied in der Reihe derjenigen, die kleine Erweichungsherde der Hirnsubstanz als auf der Grundlage funktioneller Gefäßstörungen zustande gekommen erklären. Verf. beschreibt in Fällen arteriosklerotischer Großhirnveränderungen sich findende streifen- und bandförmige Ausfälle der Großhirn-, besonders der Calcarinarinde, die makroskopisch kaum erkennbar sind, mikroskopisch sich durch mehr oder weniger vollständigen schichtmäßigen Ausfall der Ganglienzellen — die 3. und 4. Brodmannsche Schicht ist besonders bevorzugt — aufgelockerte poröse, mit Körnchenzellen und Kerntrümmer bedeckte Grundsubstanz, Degeneration der Nervenfasern, regressive, zum Teil auch progressive Gliaveränderungen auszeichnen. Die Gefäße zeigen teilweise Arteriosklerose, teilweise sind sie intakt. Thrombotische und embolische Gefäßverschlüsse fehlen. Verf. erklärt sie als Nekrosen infolge von Spasmen der kleinen Gefäße, die an sich nicht histologisch faßbar, doch in ihrer Bedeutung für nekrotisierende Prozesse der Hirnsubstanz durch die neuen Arbeiten Spielmeyers und seiner Schule hinlänglich bewiesen sein dürften. Für die Annahme einer spezifischen Pathoklise oder histologischen Strukturbesonderheit als Bedingung für die Entstehung der Nekrosen ist kein Grund vorhanden. Der wesentliche pathogenetische Faktor liegt in der Besonderheit der Anordnung und dem funktionellen Verhalten der Gefäße. *Schmincke* (Tübingen).

Hilpert, Paul: Zur Klinik und Histopathologie der Alzheimerschen Krankheit. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Jena.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **76**, H. 3, S. 379—393. 1926.

In 2 Fällen von Alzheimerscher Krankheit (A.K.) wurden als wesentlicher Befund senile Plaques, die Alzheimersche Fibrillenerkrankung (A.F.) und eine hochgradige Verfettung aller ekto- und mesodermalen Elemente gefunden. Verf. glaubt, daß der Befund der Fibrillenveränderungen, welche sich nicht in den gewöhnlichen Fällen der senilen Demenz finden sollen, die A.K. von der senilen Demenz nosologisch abgrenzt. Demgegenüber ist aber zu betonen, daß auch bei gewöhnlicher seniler Demenz die A.F. vorkommt und daß es seltene Fälle gibt, die klinisch ganz der A.K. zuzurechnen sind ohne A.F. (Ref.) Nach Verf. ist die A.K. als eine auf inkretorisch-toxischer Basis entstehende, mit dem Klimakterium in Beziehung stehende schwere Erkrankung der Hirnrinde aufzufassen, die zur senilen Demenz zwar viele Beziehungen hat, aber klinisch, pathologisch-anatomisch und pathogenetisch zwangsläufig von ihr getrennt werden muß. Bezüglich der Genese der senilen Plaques, die auf eine Nekrose der protoplasmatischen Glia zurückgeführt werden und bei denen auch lipoide Abbauprodukte häufig in großen Mengen sich nachweisen ließen, bringt die Untersuchung nichts wesentlich Neues. Die A.F. stellt nach Ansicht des Verf. keine Erkrankung der Fibrillen der Ganglienzellen dar, sondern den Ausdruck eigenartiger protoplasmatischer Produkte, die sich in den Ganglienzellen niederschlagen. Diese fibrillären Strukturen können sich auch bei Gliafaserfärbung imprägnieren.

(Den Schlußfolgerungen über die A.F. wird man nicht ohne weiteres zustimmen können. Ref.) *A. Jakob* (Hamburg).

Gilarowsky: Über die Rolle der Arteriosklerose in der Genese psychischer Erkrankungen des Voralters. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. **84**, S. 169—182. 1926.

Verf. versucht den Einfluß der Arteriosklerose auf die Erkrankungen des Rückbildungsalters in kurzer Skizze zu klären. Die überwiegende Neigung zu depressiven Symptomenkomplexen im Präsenium erscheint ihm als arteriosklerotische Folge. Die Arteriosklerose bildet auch einen günstigen Boden für die Entstehung bestimmter Phobien und hysterischer oder neurotischer Reaktionen. 2 Typen depressiv-paranoischer Erkrankungen auf dem Boden der Arteriosklerose können nach Verf. herausgehoben werden: „Bei dem ersten Typus entstehen die krankhaften Erscheinungen

Digitized by Google

in unmittelbarem Zusammenhange mit arteriosklerotischen Veränderungen der Psyche, ohne grundsätzliche äußere Momente unmittelbar vor dem Ausbruch der Psychose. Der zweite Typus stellt ein eigenartiges Reaktionssyndrom dar — evtl. eine dauernde Reaktion der arteriosklerotischen Psyche auf schwere exogene Noxen." Auch kennt Verf. entsprechend der Entwicklungshysterie eine Rückbildungshysterie. Das Thema der Skizze hätte sich gewiß besser für eine ausführlichere Abhandlung geeignet; so muß manches unklar und fraglich bleiben, was sonst noch hätte geklärt werden können.

G. Ewald (Erlangen).

Stertz, G.: Über die Picksche Atrophie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **101**, S. 729—747. 1926.

Im Referat nicht wiedergebbare Krankengeschichten von drei Fällen von Pickscher Atrophie, von denen besonders der erste (symmetrische Atrophie beider Schläfenlappen) und der dritte (Stirnhirnatrophie) eingehend beobachtet wurden. Die feinere Analyse der Symptome, besonders der eigenartigen Aphasieformen und der Demenz, deuten auf einen systematischen Charakter des Prozesses, der sich dadurch von der Alzheimerschen Krankheit, der senilen Demenz und schließlich auch von Paralyse und Hirnlues abgrenzen läßt. Die Krankheit hat einen charakteristischen Verlauf, führt scheinbar an sich nicht zum Tode und hat eine wohl umschriebene anatomische Unterlage. Die Krankheitsursache ist nicht sicher. Entweder handelt es sich um einen Involutionsvorgang oder um eine heredogenerative Erkrankung. Die Diagnose ist bei Lebzeiten des Kranken zweifellos möglich. Die Picksche Atrophie kann nach dem Gesagten als eine Krankheitseinheit im Sinne Kraepelins gelten.

Erich Guttmann (München).

Psychosen bei Allgemeinerkrankungen. Infektions- und Intoxikationspsychosen, Alkoholfrage:

Herz, E.: Gehäuftes Auftreten von Infektionspsychosen mit neurologischen und Liquorveränderungen. (Vorl. Mitt.) (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Frankfurt a. M.*) Klin. Wochenschr. Jg. **5**, Nr. 9, S. 350—352. 1926.

Verf. beobachtete in den letzten Monaten ein gehäuftes Auftreten von Infektionspsychosen mit neurologischen und Liquorveränderungen. Er teilt 3 Fälle genauer mit, die unter dem Bilde ängstlich erregter Dämmerzustände verliefen, von denen der eine von einem ausgesprochen meningitischen Symptomenkomplex mit Zell- und Eiweißvermehrung im Liquor, sogar mit Netzbildung begleitet war. Die Ätiologie war nicht mit völliger Sicherheit zu eruieren, doch handelt es sich wahrscheinlich um grippöse Erkrankungen, die eine Mittelstellung zwischen den bei Grippe geläufigen Encephalopathien (Kleist) und den epidemisch-encephalitischen psychischen Störungen einnahmen.

G. Ewald (Erlangen).

Serejski, Mark, und J. P. Frumkin: Zur Frage über Psychosen bei Lepra. (*Psychiatr. Klin., I. Staatsuniv., Moskau.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **101**, S. 615—629. 1926.

Ausführliche Schilderung des Lebenslaufes eines paranoiden und psychopathischen Abenteurers. Der Pat., ein Arzt aus Kuba, hatte angeblich eine Reinkultur von Leprabacillen erreicht und auch ein Allheilmittel gegen Lepra gefunden. Bei dieser Gelegenheit hatte er sich mit Lepra infiziert. Auf seinen Abenteurerfahrten nach Rußland verschlagen, arbeitete er in einer dortigen Leproserie, fing ein Liebesverhältnis mit einer Krankenschwester an, infizierte diese mit Lepra und schlug sie, als sie ihn daraufhin verlassen wollte, tot. Er wurde wegen seiner Lepra nicht verurteilt, blieb in der Leproserie und wurde hier durch Querulieren und Aufhetzen der Kranken immer schwieriger. Zum Schluß zeigten sich Zeichen von Schwachsinn. Diese als organisch aufgefaßte Intelligenzstörung führen Verff. — ohne nähere Begründung — auf die Lepra zurück und wollen dadurch anscheinend den irreführenden Titel der Arbeit und die ihr vorangestellte ausführliche Literaturübersicht über Leprapsychosen rechtfertigen.

Fr. Wohlwill (Hamburg).

Krauss, R.: Morphinismus und Homosexualität. (*Heilanst. Kennenburg b. Eßlingen.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **101**, S. 271—277. 1926.

34 Jahre alter Mann, der seit Jahren Morphiummißbrauch getrieben hatte, machte Suicidversuch mit 1,3 g Cocain subcutan. Nach Abklingen der akuten Erscheinungen (Halluzinationen, Parästhesien, Herzklopfen) erfolgte Aufnahme in die Heilanstalt Kennenburg. X. wurde dort hypnotisch nach der Methode von Frank behandelt. Es ergab sich, daß X. bisexuelle Veranlagung hatte, wenn auch mit stark überwiegender homosexueller Hinneigung. Der seelische

Digitized by Google

Konflikt wurde akut im Zeitpunkt der Eheschließung, es kam zu neurotischen Magenschmerzen und damit zur Gewöhnung an Codein und später Morphium. Bei dem letzten Versuch, sich selbst zu entziehen, kam er in einen Dämmerzustand, in dem er auf den Straßen umherirrte, eine homosexuelle Begegnung erlebte und schließlich mit Cocain sich zu vergiften suchte. Die Behandlung war erfolgreich, und die interessante Krankengeschichte ist, wie Krauss mit Recht betont, ein sinnfälliger Beweis, daß zur Heilung von Morphinisten die psychogene Ursache des Morphiummißbrauches beseitigt und die Umstellung der Persönlichkeit erreicht werden muß. *F. Fränkel* (Berlin).

Creutzfeldt, Hans Gerhard: Histologischer Befund bei Morphinismus mit Morphium- und Veronalvergiftung. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Charité, Univ. Berlin.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **101**, S. 97—108. 1926.

Eine 26jährige, schwer psychopathische Arztfrau, die wahrscheinlich seit 1923, sicher seit September 1924 zuletzt täglich 6—8 cg Morphium spritzte, vergiftet sich im Januar 1925 mit Morphium und Veronal (beide Gifte im Mageninhalt und Harn nachgewiesen). Exitus 60 Stunden nach der Vergiftung. Hyperämie und Ödem des Gehirns. Alle Organe sehr blutreich. Lungenödem. Bronchitis. Die mikroskopische Untersuchung ergab im Gehirn vor allem eine schwere Verfettung der Ganglienzellen, Glia und Gefäße, besonders in der dritten Rindenschicht und im Ammonshorn, circumscripte Ausfälle nervösen Gewebes im Cortex, diffusen Zellschwund in der Rinde und im dorsalen X-Kern, vermehrte eisenhaltige Pigmente im Striatum, Verfettung der Plexusendothelien und einige belanglose Lymphocyteninfiltrate im Zwischen- und Mittelhirn.

Verf. faßt die vorwiegend telencephal lokalisierte Verfettung des Nervenparenchyms, die Eisenspeicherung im Striatum und circumscripten Ausfälle im Cortex als Folgen der chronischen, den diffusen Zellschwund in der Rinde und im X. Kern als Folge der akuten Vergiftung auf. Jedenfalls wird das Zentralnervensystem beim Morphinismus nachweisbar geschädigt. Die Veränderungen in ihm haben einen rein degenerativen Charakter. *Weimann* (Berlin).

Paranoia. Querulantenwahnsinn:

● **Bleuler, E.: Affektivität, Suggestibilität, Paranoia. 2., neubearb. Aufl.** Halle a. S.: Carl Marhold 1926. 168 S. RM. 5.50.

Das Buch bringt gegenüber der ersten Auflage viel Neues, ohne erheblich an Umfang zugenommen zu haben. In klarer und wohltuend nüchterner, sachlicher Form legt der Verfasser seine Anschauungen über das Wesen der Affektivität und Suggestibilität auseinander, seinen bekannten assoziationspsychologischen Standpunkt nie verleugnend. Die Affektivität ist ihm der weitere Begriff, von dem das Wollen und Streben nur eine Seite bedeutet; sie ist eins mit unseren Trieben und Begierden, beherrscht die Richtung unseres Strebens gänzlich, und die Logik ist ihre Dienerin. In einem besonderen Abschnitt wird zur Kretschmerschen Körperbaulehre Stellung genommen, zur Schizoidie und Syntonie (Cycloidie), der sich Verfasser weitgehend anschließt. Doch betont er, daß beide Veranlagungen keine Gegensätze sind, sondern unabhängige Reihen, die sich im Einzelindividuum immer nur mehr oder weniger betont finden. Die Behandlung der Aufmerksamkeit ist im wesentlichen die gleiche geblieben. Neu ist dagegen wieder ein Abschnitt über die biologische Betrachtung der Affektivität unter Zugrundelegung der psychophysischen Identitätshypothese. Er stellt dabei das quantitativ Dynamische, die „Ergie", den intellektuellen Funktionen, dem „Material" gegenüber, aus deren Zusammenspiel der Wille resultiert. Er streift seine Anschauung über psychische Gelegenheitsapparate und Abreaktion, erkennt die in den Lebensvorgängen fundierte Grundstimmung an, verhält sich aber gegenüber dem Begriff der Vitalgefühle als besonderer Kategorie offenbar ablehnend. Doch setzen sich auch nach ihm die durch einzelne Erlebnisse erzeugten affektiven Schwankungen den „Lebensstimmungen" auf. Es folgt eine kurze sachliche Auseinandersetzung mit dem Freudschen Lustprinzip, die ich mir etwas ausführlicher gewünscht hätte. An dem Kapitel über Suggestibilität ist wenig geändert. Suggestibilität ist eine Teilerscheinung der Affektivität. Etwas ausführlicher wird auf den Negativismus eingegangen. Ganz neu ist der Abschnitt über Paranoia bearbeitet, dem auch drei neue Krankengeschichten beigegeben sind. Die ganze Auseinandersetzung mit G. Specht ist in Wegfall gekommen, nachdem

Digitized by Google

Verf. die katathyme Entstehung der Paranoia als gesichert annehmen darf. (Doch bezieht sich diese katathyme Entstehung nur auf die psychologische Entwicklung des Wahnes, nicht auch auf die biologische Fundierung der Affektivität, deren Berechtigung Verf. doch anerkennt. Ref.) Wesentlich für die Paranoiaentstehung ist bei Vorliegen eines seelischen Konfliktes in Richtung „hochgestecktes Ziel, aber zu schlaffer Charakter" eine ungewöhnliche Schaltkraft und Stabilität der Affektivität, die die Logik meistert. Eine gewisse sexuelle Schwäche scheint häufig vorhanden zu sein. Die holothymen (cyclothymen) Temperamentseinflüsse bringen der Paranoia nur Farbe; doch wird zugegeben, daß eine manische oder depressive Stimmungslage einen bestehenden inneren Konflikt bis zur Krankheitsursache steigern kann, die psychologisch-katathyme Entwicklung des Wahnes wird aber dadurch (natürlich, Ref.) nicht berührt. Dagegen hält der Verfasser die Beziehungen zur Schizophrenie für sehr enge. Er hält die Paranoia, die grundsätzlich nicht zur Verblödung führt, für ein (psychologisches) Syndrom. Wegen der symptomatischen Gleichartigkeit und der stets vorhandenen Nacherlebbarkeit der Wahnentwicklung hält er sie praktisch für einen Krankheitsbegriff. Unter anderen Gesichtspunkten sei sie aber keine Einheit, da Verf. an seiner Hypothese festhält, daß ein Teil der Paranoiafälle nicht bis zur Verblödung fortgediehene Schizophrenien seien; es ergibt sich ihm anscheinend eine nur quantitativ verschiedene Stufenleiter von der Schizothymie über das Schizoid zur Paranoia und Schizophrenie. Die Anlage zu paranoider Wahnbildung steht für ihn jedenfalls in irgendeinem Zusammenhang mit der Schizoidie und Schizophrenie.

G. Ewald (Erlangen).

Psychogene Psychosen, Hysterie, Kriegsneurosen:

Goldbladt, Hermann: Über die Erneuerung der Heiligenbilder in Rußland. Beitrag zur Kenntnis der religiösen Epidemien. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **76**, H. 4, S. 558—599. 1926.

Verf. führt eine Anzahl Beipiele für die in den letzten Jahren wiederholt in Rußland beobachtete religiöse Epidemie der „Erneuerung" der Heiligenbilder an. Diese äußerte sich in der wahnhaften Überzeugung ganzer Gruppen, daß die alten Heiligenbilder in Kirchen und Wohnhäusern neuen Glanz erhielten, ja sogar heller strahlten oder wie lebend aussahen. Unter Heranziehung sonstiger Literatur versucht Verf. dann weiter, die allgemeinen Entstehungsbedingungen dieser psychischen Infektionen festzulegen und speziell die in den vorliegenden Fällen in Betracht kommenden kirchlichen, kulturellen, sozialen und biologischen Momente zu kennzeichnen.

Birnbaum (Herzberge).

Krasnogorski, N. I.: The conditioned reflexes and children's neuroses. (Bedingungsreflexe und kindliche Neurosen.) Americ. journ. of dis. of childr. Bd. **30**, Nr. 6, S. 753—768. 1925.

Die Pawlowsche Methode der bedingten Reflexe gibt uns eine Untersuchungsmethode in die Hand, die biologisch festfundiert ist und uns gestattet, den Mechanismus des Benehmens des Tieres zu begreifen. Krasnogorski hatte die ersten Versuche mit bedingten Reflexen bei Kindern bereits 1907 unternommen. Als Reaktion benutzte er nicht den Speichelreflex, sondern den Bewegungsreflex des Mundöffnens. Das Versuchskind wird vom Untersucher isoliert, alle Reize werden automatisch bewerkstelligt. In Amerika wurden die Bedingungsreflexe bei Kindern von Florence Mateer studiert. Die Untersuchungen in Pawlows Laboratorium haben ergeben, daß die gesamte höhere Nerventätigkeit aus einer Menge von Bedingungs- und Hemmungsreflexen besteht, wobei die verschiedenen Reize Hemmungs- und Reizzustände induzieren, die sich über die gesamte Hirnrinde verbreiten in Form positiver oder negativer Induktion. Die normale Funktion der Hirnhemisphären stützt sich auf das Gleichgewicht dieser verschiedenartigen Prozesse. Wird nun dieses Gleichgewicht zwischen Reiz und Hemmung gestört, so entstehen schwere, neurotische Zustände, die Pawlow an Hunden feststellen konnte.

Digitized by Google

K. und seine Mitarbeiter hatten dieselben „neurotischen" Zustände bei Kindern fest stellen können, bei denen er während des Experiments Konflikte zwischen induzierter Erregung und Hemmung in der Hirnrinde hervorrief. Ein derartiger Vorgang findet statt während des Differenzierungsprozesses, z. B. zweier verschiedener Metronomschlagfolgen. Ist der Unterschied zwischen diesen beiden Metronomschlagfolgen genügend groß, z. B. 144 und 92 oder 144 und 108, dann gelingt die Differenzierung leicht. Das Kind reagiert auf den Ton, der durch Füttern begleitet wird, und „gewöhnt sich leicht, jegliche Bewegung zu hemmen, wenn der andere ertönt. Schwerer geht die Differenzierung zwischen 144 und 120. Der Versuch macht das Kind, das früher gut gelaunt war und immer recht gern an das Experiment schritt, mißlaunisch, es sträubt sich gegen die Untersuchung, sucht Hader mit den anderen Kindern. Besonders verändert sich sein Benehmen bei der Differenzierung zwischen 144 und 132. Während dieses Experiments wird die Hemmung so groß, daß es zu gähnen beginnt und einschläft. Außer dem Differenzierungsprozeß entstehen Hemmungen auch während der sogenannten „zurückgestellten" Bedingungsreflexe. Dieselben bestehen darin, daß das Füttern, welches den Bedingungsreflex unterstützt und gewöhnlich wenige Sekunden nach dem bedingten Reiz appliziert wird, immer mehr verspätet gegeben wird. Dadurch entstehen Hemmungen im Großhirn. K. und seine Mitarbeiter experimentierten bei Kindern nach dieser Methode und konnten sich davon überzeugen, daß die Kinder dabei ebenfalls aus dem „Gleichgewicht" kamen. Namentlich bezog sich das auf Kinder, die sich in der Klinik wegen nervöser Klagen befanden. Sehr überzeugend sind die Protokolle der Experimente bei einem 12jährigen Mädchen mit hysterischem Erbrechen usw. und einem 6jährigen Knaben nach epidemischer Encephalitis. Bei letzterem gelang es leicht, Bedingungsreflexe zu erzielen. Wurde aber Erzielung einer bedingten Hemmung angestrebt, so entstanden außerordentlich heftige Defensivbewegungen. Das Kind wurde außerordentlich unruhig. Es bekam Attacken, welche denjenigen ähnelten, die es auch ohne Experimente häufig hatte. K. erklärt dies nach Pawlow damit, daß bei corticalen Hemmungen Erregungen in den anderen Rindenteilen induziert werden — positive Induktion. Dieselbe ist bei nervösen Subjekten besonders stark. Die beste Behandlung ist Ruhe und Brompräparate. Die Arbeit ist sehr überzeugend und lesenswert. *M. Kroll* (Minsk).

Balduzzi, O.: Les contractures hystériques des muscles externes de l'œil. (Die hysterischen Kontrakturen der äußeren Augenmuskeln.) (*Clin. des maladies nerv. et ment., univ., Rome.*) Encéphale Jg. 21, Nr. 3, S. 195—205. 1926.

Man unterscheidet temporäre und dauernde hysterische Augenmuskelkontrakturen. Erstere treten während des hysterischen Krampfanfalles auf und enden mit ihm; letztere zeigen sich am Ende des Anfalles oder unter anderen Umständen und sind langdauernd, sie betreffen gewöhnlich beide Musculi recti interni in der Form des Konvergenzkrampfes. Eine Kontraktur eines einzelnen Muskels eines Auges ist selten. Verf. berichtet über einen Fall aus der Mingazzinischen Klinik: nach großem Kummer und schwerer Genitalblutung (Abort) große Schwäche in der ganzen Körpermuskulatur und hysterische Anfälle. Nach einigen solchen konnte Pat. einige Stunden lang die Bulbi nicht nach oben rollen; es trat dann außerdem eine doppelseitige Ptosis und Strabismus convergens mit vorübergehendem Doppeltsehen beim Blick nach vorn ein. Diese Symptome verschwanden bald, kehrten aber nach erneutem schwerem Kummer zurück, um wieder zu schwinden. Um Myasthenie handelte es sich nicht (abends wurden die Erscheinungen geringer!), sondern — wie auch der Verlauf zeigte — um Hysterie mit hysterischer Kontraktur beider Recti interni und pseudo-paralytischer Ptosis. Ein anderer vom Verf. mitgeteilter Fall konnte willkürlich und einzeln den rechten M. rectus externus, sowohl rechts wie links, kontrahieren und so ein gekreuztes Doppelbild erzeugen, ein dritter vermochte einzeln den Musculus rectus internus beider Augen zu kontrahieren und so Doppeltsehen zu erzeugen. *Kurt Mendel.*

Digitized by Google

Satanowsky, Paulina: Hysterischer Blepharospasmus. (*Clin. oft., univ., Buenos Aires.*) Arch. de oft. de Buenos Aires Bd. 1, Nr. 2, S. 94—97. 1925. (Spanisch.)

52jährige Frau. Vor 2 Jahren nach Kopf- und Nackenschmerzen Funkensehen vor dem linken Auge. $^1/_2$ Jahr später Auftreten von anfallsweisem krampfhaften Lidschlusse, bisweilen tagelang andauernd, bisweilen nur für Augenblicke. In gleicher Weise bei Licht und bei Dunkelheit. Bei Fixieren verstärkt, bei Rückenlage, Rückwärtsneigen des Kopfes sowie bei Druck auf die Halswirbel verschwindend. Gleichzeitig Wärmegefühl in den Augen und Tränenträufeln. Allmählich Seltenerwerden der Dauerkontraktionen und stärkeres Hervortreten der klonischen Zuckungen; seit ca. 5 Monaten Zittern des Kopfes. Befund: Conjunctivitis follicularis. Presbyopie. Cataracta incip. Hintergrund o. B. Gesichtsfeld für Weiß normal, für Farben hysterische Gesichtsfeldeinschränkung. Klonischer Blepharospasmus mit gelegentlichem tonischen Krampfe. Bei Belichtung keine Verstärkung, dagegen beim Fixieren; bei Ablenkung Aufhören, ebenso bei Druck auf die Halswirbel und auf die Nn. supraorbitales und infraorbitales. Gleichzeitig bestehen seitliche Bewegungen des Kopfes, Spasmus facialis, Zittern der Zunge und der ausgestreckten Hände. Menopause. — Bei der Differentialdiagnose zwischen B. hystericus und B. senilis neigt Verf. zur Annahme des ersteren.

Reich (Breslau).

Timm, Carl: Der künstliche Abort als psychisches Trauma. Ein kasuistischer Beitrag. Therapie d. Gegenw. Jg. 66, H. 11, S. 518—521. 1925.

Eine 30jährige Frau leidet seit 3 Jahren im Anschluß an eine Geburt unter dauerndem Angstgefühl, Unruhe, Kopfschmerzen, Vergeßlichkeit und Drängen im Unterleib. Symptomatische Behandlungen waren erfolglos geblieben. Hypnotisch gelang es sofort, eine wesentliche Besserung herbeizuführen. Eingehendere Beschäftigung mit der Psychogenese der Beschwerden ergab, daß ein künstlicher Abort vor der Hochzeit in der Pat. unbewußte Schuld- und Bestrafungsvorstellungen hervorgerufen hatte, die sich nach der Geburt des Kindes in den oben erwähnten Symptomen manifestierten. Ein zweiter, kurz erwähnter Fall zeigt ebenfalls, wie der künstliche, meist kriminelle Abort zu unbestimmten Versündigungsvorstellungen und ambivalenten Gefühlseinstellungen Kindern gegenüber führen kann. Verf. betont, wie notwendig es ist, sich mit abergläubischen und Versündigungsideen der Patienten eingehend zu befassen.

Max Grünthal (Berlin).

Schwerdtner, Hugo: Die Ausdrucksbewegungen im Dienste der Psychotherapie. Vorläufige Mitteilung über eine neue Behandlungsart der Psychoneurosen. (*Gymnast. Zander-Inst., Wien.*) Med. Klinik Jg. 22, Nr. 8, S. 293—294. 1926.

Kurzer und vorläufiger Vorschlag zu einer gymnastisch-ausdrucksmäßigen Behandlungsmethode der Psychoneurosen: z. B. soll ein musikalisches Thema vom Kranken durch ein ausdrucksmäßiges Bewegungsthema dargestellt werden. Also etwas ähnliches wie Dalcroze pädagogisch anstrebt. Der Patient wird, ohne es zu bemerken, das was ihm seelisch bewegt, zum Ausdruck bringen: Projektionen der Komplexe und gleichzeitige Abreaktion derselben.

Kronfeld (Berlin).

Graven und Missriegler: Ein Fall von Rauchphobie. Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychanalyse Bd. 2, S. 12—28. 1926.

Die Verff. geben eine klare und übersichtliche Darstellung der Entstehung einer hypochondrischen Neurose, in deren Mittelpunkt Augenschmerzen entstehen, die vom Patienten auf die Wirkung von Tabakrauch bezogen werden. Während Symptome und Inhalt der Erkrankung zum großen Teil von den Erlebnissen einer trüben Kindheit und qualvollen Erziehungsmaßnahmen hergeleitet werden können, ist die Krankheit selbst nur als Flucht vor einem aktuellen Konflikt verständlich und auch nur von hier aus beeinflußbar.

W. Mayer-Groß (Heidelberg).

Forensische Psychiatrie.

● **Mezger, Edmund: Persönlichkeit und strafrechtliche Zurechnung. (Grenzfragen d. Nerven- u. Seelenlebens. Begr. v. L. Löwenfeld u. H. Kurella. Hrsg. v. Kretschmer H. 124.)** München: J. F. Bergmann 1926. 42 S. RM. 3.—.

Eine lesenswerte Abhandlung streng dogmatisch-juristischen Charakters des Marburger Strafrechtslehrers, dem wir eine Reihe von gerade den psychiatrischen Sachverständigen interessierenden Arbeiten verdanken. Die vorliegende Untersuchung verdient deshalb besondere Beachtung, weil sie unter dem ausgesprochenen Einfluß der Tübinger Schule — Mezger hat früher gemeinsam mit Reiss und Kretschmer

Digitized by Google

Vorlesungen über gerichtliche Psychiatrie in Tübingen gehalten — entstanden ist. Verf. geht aus von § 51 StGB. und betont schärfer als es sonst vielfach geschieht, daß „die krankhafte Störung der Geistestätigkeit" zweierlei umfaßt, einmal die erst im Leben des zu Begutachtenden auftretenden Psychosen und zweitens die angeborene Anomalie, die psychopathische Persönlichkeit im weitesten Sinne des Wortes. Insofern spricht er geradezu von einer „Bipolarität" des Krankheitsbegriffes. Dementsprechend legt § 51 entscheidenden Wert entweder auf die Persönlichkeitsfremdheit der einzelnen außergewöhnlichen Tat oder auf die Abnormität der Täterpersönlichkeit. Wenn somit in dem einen Falle der Nachdruck auf die Tat, in dem anderen auf den Täter gelegt wird, so liegt in beiden Fällen das psychologische Merkmal der Unzurechnungsfähigkeit in der Unfähigkeit zur richtigen Erfassung nicht des Wesens der Strafe, sondern des Wesens der gesetzlichen Ordnung. Bei dieser Sachlage ist der Begriff der Persönlichkeit von entscheidender Bedeutung. M. nimmt zu dem Problem der sog. partiellen Zurechnungsfähigkeit kritische Stellung und trennt von ihr scharf ab die partielle oder, richtiger gesagt, temporäre Unzurechnungsfähigkeit (richtiger wohl Zurechnungsunfähigkeit; Ref.), die Verantwortlichkeit für bestimmte Deliktsgruppen und die Beurteilung stationärer Krankheitsbilder, Residualzustände nach abgelaufener Psychose. Für die übersichtliche Darstellung der allmählichen Entwicklung der verschiedenen Probleme müssen wir ihm besonders dankbar sein. Das Schlußkapitel ist kriminal-politischen Ausblicken gewidmet. Wenn den abnormen Persönlichkeiten gegenüber das geltende Recht versagt, so ist das ein Fehler, der unter allen Umständen vermieden werden muß. Hier bedarf es der sichernden Maßnahmen. Sollen diese aber nicht nur die Gesellschaft, sondern auch das einzelne, von ihnen betroffene Individuum schützen, so bedarf es einer gesetzlichen Festlegung biologisch begründeter krimineller Persönlichkeitstypen. Hierzu sind schon von württembergischen und bayerischen Strafvollzugsbeamten Vorarbeiten gemacht. *Schultze* (Göttingen).

Vidoni, Giuseppe: Lo studio morfologico del delinquente. (Die morphologische Erforschung des Verbrechers.) (*Clin. med., univ., Genova.*) Endocrinol. e patol. costituz. Bd. **1**, Nr. 1, S. 58—63. 1926.

Verf. bringt in diesem Aufsatze keine neuen Ergebnisse eigener Studien, sondern erörtert, unter Bezugnahme auf seine Monographie „Valore e limiti dell'endocrinologia nello studio del delinquente" (Wert und Grenzen der Endokrinologie beim Studium des Verbrechers), Turin, 1923, Verlag Bocca, die Bedeutung der somatischen Untersuchung bei Verbrechern, und zwar nicht nur im Sinne der älteren Degenerationszeichen, sondern unter Zuhilfenahme aller modernen medizinischen Forschungsrichtungen, also auch der Endokrinologie.

Alexander Pilcz (Wien).

Fetscher, R.: Erbbiologische Studien an Sexualverbrechern. (*Hyg. Inst., techn. Hochsch., Dresden.*) Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiol. Bd. **17**, H. 3, S. 256 bis 288. 1925.

An 235 Familien von Sexualverbrechern wird gezeigt, daß unter den Geschwistern der Probanden die Zahl der Minderwertigen wesentlich erhöht ist. Namentlich Kriminelle, besonders Sexualverbrecher, dann aber auch Selbstmörder sind stark vertreten. Erbanlagen, die sich vermutlich rezessiv verhalten, bewirken eine gewisse Neigung zu Sexualverbrechen. Die Kretschmersche Typenlehre scheint auch bei Sexualverbrechern zuzutreffen. Unter den Sexualverbrechern wurden etwa 25% Minderwertige gefunden. Psychopathie, Debilität und Trunksucht waren am häufigsten. Auch die allgemeine sonstige Kriminalität war sehr hoch. Es ergibt sich die Notwendigkeit, bei Sexualverbrechern die Erbanlage zur Beurteilung der Straftaten heranzuziehen, sowie überhaupt die Erbanlagen der Asozialen in weiterem Umfange zu untersuchen.

Reichardt (Würzburg).

Bondy, Curt: Die jugendliche Verbrecherbande als psychologisches und sozialpädagogisches Problem. Erziehung Jg. **1**, H. 3, S. 146—159. 1925.

Bande ist „die Verbindung einer Anzahl gleichartiger oder gleichgerichteter Menschen, die gemeinsam, wiederholt und organisiert bestimmte Verbrechen oder andere

Digitized by Google

antisoziale Handlungen begehen". Sie leben von Einbruch, Diebstahl, besonders Taschendiebstahl und Raub. Abenteurerlust, Geltungsstreben und Führungsbedürfnis sind die Triebkräfte, auf welche Bondy die Vergesellschaftung dieser Jugendlichen zurückführt, die sich zumeist aus sozial und geistig Unterdrückten rekrutieren sollen, und aus Minderwertigkeitsgefühl, Haß und Enttäuschung sich gegen die Ordnung auflehnen. Auf dieser Grundlage finden sie sich zu gemeinsamen Handlungen zusammen, bei denen sie sich einem Führer unterordnen, der in besonderem Maße über Initiative, Suggestivkraft, Kaltblütigkeit und den anderen imponierende Mundfertigkeit verfügt. Dabei spielen „zweifellos erotische Beziehungen, wie sie von Blüher, Wyneken, Zeidler u. a. vorausgesetzt werden", eine besonders wirksame Rolle. Aufgabe der richtigen erzieherischen Beeinflussung im Jugendstrafvollzug und der Fürsorgeerziehung ist es, das Zusammenschlußbedürfnis dieser Jugendlichen so umzuleiten, daß sie durch Unterstellung unter einen erzieherisch und sozial gerichteten Führer aus der Verwahrlosung herausgeführt und für eine soziale Gruppen- oder Gemeinschaftsbildung gewonnen werden. *Homburger* (Heidelberg).

Herschmann, Heinrich: Psychiatrische Kritik des amtlichen Entwurfes eines allgemeinen deutschen Strafgesetzbuches vom Jahre 1925. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 76, H. 4, S. 533—551. 1926.

Im allgemeinen ist Verf. mit dem Entwurf zufrieden. Lieber wäre ihm allerdings, wenn der Entwurf einfach zwischen Besserungsmöglichkeit und Sicherungsnotwendigkeit unterschieden und dementsprechend die Anstalten gewählt hätte. Von Einzelheiten seien folgende erwähnt: Verf. wünscht den Freispruch nicht nur aus psychopathologischen, sondern auch aus psychologischen Gründen. Sehr schwierig wird es sein, unter dem großen Haufen der kriminellen Psychopathen die vermindert zurechnungsfähigen herauszusuchen. Die echte bedingte Verurteilung wird vermißt. Vermindert Zurechnungsfähige dürfen nicht zwangsweise in Heil- und Pflegeanstalten untergebracht werden. Warum kriminelle Trinker milder behandelt werden als andere psychopathische Verbrecher, ist unverständlich. Der nichtqualifizierte homosexuelle Verkehr muß straflos bleiben. Unzuchtsdelikte an geisteskranken Frauen sollen nur strafbar sein, wenn die Frau infolge ihrer psychischen Erkrankung zum Widerstande unfähig war. *Göring* (Elberfeld).

Ganahl, Arnold: Ein Wort der Kritik eines praktischen Strafjuristen zum Entwurfe eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuches. Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. 7, H. 2/3, S. 168—178. 1926.

Verf., ein alter österreichischer Staatsanwalt, hält den Entwurf für zu weich, unser Volk für moralisch zu sehr gesunken, um ein neues Strafgesetz zu schaffen. Er bemängelt, daß die Redakteure des Entwurfes in dem Streit über die Willensfreiheit keine Stellung nehmen, daß der Begriff des Vorsatzes nicht klar herausgearbeitet ist, daß der verschwommene Begriff des Unerlaubten anstatt der klare des Ungesetzlichen in das Gesetz hineingebracht wurde. Er wünscht, daß die Philosophie zugunsten der Naturwissenschaft das Feld räume; sie soll uns befähigen, „die Wirklichkeit ins Auge zu fassen und unseren eigentümlichen Hang zu bekämpfen, für die einfachsten Begriffe die abstraktesten und spitzfindigsten Umschreibungen zu suchen, nur weil die Einfachheit zu schmucklos und zu wenig gelehrt aussieht".
Göring (Elberfeld).

Weguer, Arthur: Die Grundgedanken eines neuen deutschen Strafgesetzbuchs und die Bekämpfung der Prostitution. Dermatol. Wochenschr. Bd. 81, Nr. 48, S. 1741 bis 1747. 1925.

Die in Vortragsform gehaltene Arbeit bringt in anschaulicher Weise die Grundgedanken eines neuen Deutschen Strafgesetzbuches zur Darstellung. Der Standpunkt der vergeltenden Strafe, der zurückgeht auf den Code pénal Napoleons und wahrscheinlich ein letzter Ausläufer des deutschen „geistigen Absolutismus" ist, ist überlebt. An seine Stelle tritt in Zukunft Fürsorge und Erziehung. Denn jedes Strafrecht, das nur Taten vergelten will und an die Möglichkeit einer Gleichung zwischen Tat und Strafe glaubt, ist zwecklos. Verf. kommt bei der Durchführung eines Beispieles auf die Prostitution zu sprechen, in welcher er keine Straftat, sondern eine sozial minderwertige Lebenshaltung sieht. Sie beruht sowohl auf körperlichen als guf wirtschaftlichen Ursachen. Soziale und sozialhygienische Vorbeugung ist das Wichtigste. Der amtliche Strafgesetzbuchentwurf trägt den Erfahrungen, die man mit der Zwecklosigkeit des Ver-

Digitized by Google

geltungsstrafrechts gemacht hat, Rechnung, indem er „Maßregeln der Besserung und Sicherung" bringt, wie: Unterbringung in einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt, Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt, Sicherungsverwahrung, Schutzaufsicht, Wirtshausverbot, Reichsverweisung, Verlust der Amtsfähigkeit, Verlust des Wahl- und Stimmrechts, Urteilsbekanntmachung, Einziehung. Allerdings sollen Kompromisse mit dem alten Vergeltungsgedanken geschlossen werden, in der Weise, daß das Gericht auf Strafe und Besserungsmaßregeln zugleich erkennen kann. Derartige Kompromisse lehnt der Verf. ab. Es soll nur eine Maßnahme geben: individuelle zweckmäßige Behandlung der verbrecherischen Persönlichkeit. Den in dem 3. Buch des Entwurfes „Gemeinschädliches Verhalten" gemachten Vorschlägen gegenüber ist Skepsis angezeigt, vor allem muß vor einer Überschätzung des Arbeitshauses gewarnt werden. Der Entwurf ist auch in bezug auf die Bekämpfung der Prostitution als eines sozialen Schadens noch nicht weitgehend genug, da er nur an die Erfassung der alten routinierten Dirnen denkt. Verf. stellt folgende 3 Forderungen auf: 1. Schaffung ausreichender Polikliniken für Geschlechtskranke, in denen der Patient auf diskrete vertrauen darf; 2. die Geschlechtskrankenbehandlung muß das Vorrecht, aber auch die ernste Pflicht der approbierten Ärzteschaft sein; 3. jeder Staatsbürger soll sich der Pflicht bewußt sein, die ihm erwächst, wenn er geschlechtskrank wird. Die Sozialbeamten, die mit der Prostitution und dem Verbrechertum zu tun bekommen, tragen hohe Verantwortung, da von ihnen nach den neuen Entwürfen für Menschenschicksale oft mehr abhängt als heute von der Entscheidung ganzer Richterkollegien. Ohne eine neue Art von sozial und pädagogisch gebildeten Beamten ist nicht auszukommen.

Villinger (Hamburg).

Aschaffenburg, Gustav: Die Abschaffung des Strafmaßes. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **101**, S. 45—55. 1926.

Kraepelins gleichnamige Schrift im Jahre 1880 bildet den Ausgangspunkt der deutschen Bewegung zugunsten der unbestimmten Verurteilung. Sie fand zunächst wenig Widerhall, obgleich schon die peinliche Gerichtsordnung Karls V. und die Theresiana ein Urteil auf unbestimmte Zeit als schärfste Waffe gegen das Gewohnheitsverbrechertum gekannt hatten, und obgleich in Amerika seit 1877 das unbedingte Strafurteil tatsächlich eingeführt war. Erst unser neuer Strafgesetzentwurf hat neben der Strafe eine Verwahrung gefährlicher Gewohnheitsverbrecher vorgesehen. Leider aber wird immer noch vergessen, welch gewaltige Bedeutung das unbestimmte Strafmaß für die erziehliche Gestaltung des Strafvollzuges besitzt. Nur dann wird sich der gesunde Gedanke, den Rechtsbrecher zum Herrn seines Schicksals zu machen, voll auswirken, wenn der Gefangene weiß, daß es nur von ihm und seiner inneren Umkehr abhängt, wann er entlassen wird. Berechtigte Bedenken gegen dieses Verfahren wären lediglich die scheinbare Rechtlosigkeit des Gefangenen und die Fehlbarkeit der Beurteilung seiner Besserung. Doch der Rechtsschutz ließe sich unschwer durch Einrichtung einer Pflegschaft und regelmäßige Nachprüfung der Entlassungsfähigkeit mit Recht auf Berufung gewährleisten. Die Gefahr falscher Beurteilung ist sicher nicht größer, als die unvermeidlichen Fehler der bisherigen Strafzumessung. Der heutige Strafvollzug läuft auf eine steckengebliebene Erledigung der verhängten Strafe hinaus. Erst Abschaffung des festen Strafmaßes erlaubt eine uneingeschränkte Individualisierung und vernunftgemäß geleitete Erziehung. Darum sollte diese Maßregel auch dem Gelegenheitsverbrecher gegenüber in Anwendung gebracht werden. Die Zeit muß kommen, wo nach Kraepelins Worten das Strafmaß zu einer verschollenen Institution veralteter Jahrhunderte geworden ist.

Raecke (Frankfurt a. M.).

Brunner, Robert: Die Psychiatrie und ihre Folgen. „Zeitwende." Febr.-H., S. 216—220. 1926.

Es ist in hohem Maße bedauerlich, daß eine angesehene Monatsschrift den Aufsatz Brunners aufgenommen hat und ihren Lesern die von keinerlei Sachkenntnis bestimmten Darlegungen eines Autors vorsetzt, der Sätze schreibt wie etwa den:

Digitized by Google

„nicht die Abnormalität, sondern höchstens die Normalität kann strafmildernd wirken oder straflos machen" oder an anderer Stelle: „Für diesen Bankerott der Strafrechtspflege ist die forensische Psychiatrie verantwortlich." B. stellt die geradezu groteske Behauptung auf, die Psychiatrie bediene sich mit Vorliebe des folgenden unübertrefflichen circulus vitiosus: „Wer abnormal ist, kann wegen eines Verbrechens nicht zur Rechenschaft gezogen werden. Wer ein Verbrechen begeht, ist abnormal. Also kann, wer ein Verbrechen begeht, deswegen nicht zur Rechenschaft gezogen werden." Man könnte meinen, der Verf. dieses Unsinns lebe auf dem Monde und habe geschlafen, während die Presse tagtäglich von schweren Bluttaten berichtet, deren strafrechtliche Behandlung unter sehr erheblicher Mitwirkung des Psychiaters als Sachverständigen mit der Hinrichtung des Verbrechers endet. Von den meiner Klinik nach § 81 der Str.P.O. überwiesenen und von uns begutachteten Verbrechern ist nur ein kleiner Prozentsatz wegen Geisteskrankheit für unzurechnungsfähig erklärt worden. Ähnliches wird B. von den meisten deutschen Psychiatern hören, wenn er sich die Mühe nimmt, Umfrage zu halten. Es ist wirklich unverantwortlich in einer Zeit, in der aus ganz anderen Gründen das Vertrauen in die deutsche Rechtsprechung mancherorts abnahm, Behauptungen in die Welt zu setzen, die so völlig in der Luft stehen, wie die des Herrn Dr. Brunner. *Gaupp* (Tübingen).

Koekel, R.: Mord, nicht Selbstmord durch Kopfschüsse. (*Inst. f. gerichtl. Med., Univ. Leipzig.*) Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. **7**, H. 2/3, S. 193—202. 1926.

Für den Psychiater ist aus dieser Arbeit nur die Frage der Handlungsfähigkeit Gehirnschußverletzter von Wichtigkeit, da es vorkommt, daß, wie auch in dem beschriebenen Falle, mehrere Kopfschüsse festgestellt werden. Verf. weist auf die geringe Entfernung der Schußwaffe vom Ziel, die dadurch entstehenden Zerreißungen und Gasewirkung hin und ist der Überzeugung, daß nur in den seltensten Fällen angenommen werden darf, daß ein Gehirnschußverletzter sich selbst einen zweiten Schuß beibringen kann. *Göring* (Elberfeld).

Stelzner, Helene-Friderike: Der Inzest. Mit kasuistischen Beobachtungen an Berliner weiblichen Fürsorgezöglingen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **98**, H. 3/5, S. 647—719. 1924.

Die Verfasserin verwertet 11 eigene Fälle und teilt aus der Analyse der seelischen Verfassung dieser Mädchen viele interessante Einzelzüge mit. Besonders derjenige, der kein eigenes Material besitzt, wird sich durch die Erfahrung an diesen Fürsorgemädchen bereichert fühlen. Freilich hätte vieles straffer gefaßt werden müssen, insbesondere hätte die Verfasserin, wenn sie eine wirklich wissenschaftliche Arbeit geplant hätte, unbedingt alle Akten über die Mädchen selbst und ihre väterlichen Verführer studieren müssen. Auch ist bei dieser wie anderen Inzeststudien zu bedauern, wenn der Sexualmißbrauch durch den Stiefvater, welch ersterer ja nur juristisch eine Blutschande ist, mit hereingezogen wird. — Auch in anderer Hinsicht befriedigt die Arbeit nicht völlig. Die Verfasserin hat sich große Mühe gegeben, sich in mancherlei historische, literarische, tierzüchterische und andere biologische Quellen zu versetzen. Sie bringt zweifellos ein wertvolles und sonst nicht oft verwendetes Material zusammen, und man kann ihr für manchen Hinweis dankbar sein. Aber das Ganze ist sozusagen nicht durchorganisiert, nicht völlig beherrscht. Manche unkontrollierbare und allzu persönliche Einstellungen (z. B. zur Psychologie Kleopatras, zur modernen Literatur usw.) würde man gern missen. Jedenfalls wird der künftige Forscher, der das Incestproblem einmal wirklich umfassend bearbeitet, in dem Aufsatz der Verfasserin eine wertvolle Vorarbeit finden. *Gruhle* (Heidelberg).

Das Konstitutionsproblem, Erblichkeits- und Rassenforschung.

Gurewitsch, M.: Motorik, Körperbau und Charakter. (*Psychoneurol. Kinderklin., Univ. Moskau.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **76**, H. 4, S. 521—532. 1926.

Es werden folgende psychomotorische Typen aufgestellt: 1. Flüssige, proportionierte, gewandte, exakte Bewegungen — hinsichtlich des Körperbaus und Charakters meist dem pyknischen Typus und dem zykloiden Temperament angehörend. 2. Krasse,

Digitized by Google

eckige Bewegungen, grobe Bewegungen koordiniert, weniger gewandt die feinen Bewegungen. Diese Form entspricht dem athletischen Körperbau. 3. Schlaffe, schwache, ungeschickte Bewegungen, oft jedoch gute Handfertigkeit. Dieser Typus entspricht dem asthenischen Körperbau und dem schizoiden Charakter. 4. Kindlich graziöse, aber ungenügend exakte Bewegungen — hierzu gehört der infantil-grazile Körperbautypus. Dieser letzte Typus ist körperlich klein und proportioniert, zeichnet sich durch Beweglichkeit und Labilität der Psyche mit Neigung zu hysteroiden Reaktionen und zu rhythmischer und szenischer Begabung aus. *Kretschmer* (Marburg).

Naccarati, Sante: Verso una psicologia costituzionale. Rivista critica-sintetica sulle correlazioni somatico-psichiche. (Zu einer Konstitutions-Psychologie. Kritisch-synthetische Übersicht über die Beziehungen zwischen Körper und Seele.) Endocrinol. e patol. costituz. Bd. **1**, H. 1, S. 67—77. 1926.

Auch dieser Aufsatz bringt keine neuen, eigenen Untersuchungsergebnisse, sondern ergeht sich, bezugnehmend auf frühere einschlägige Arbeiten des Verf. (vgl. dies. Zentrlbl. **38**, 90), auf Kretschmer, Ewald, Vidoni u. a. in längeren theoretischen Auseinandersetzungen über die Bedeutung somatischer, namentlich konstitutioneller Untersuchungen und deren Beziehungen zum jeweiligen psychischen Befunde, speziell auch zu den Intelligenzproben und dergleichen. Zu kurzem Referate nicht geeignet. *Alexander Pilcz* (Wien).

Günther, Hans: Die Bedeutung der Sexualdisposition bei Erkrankungen des Nervensystems. (*Med. Klin., Univ. Leipzig.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. **90**, H. 1/3, S. 1—37. 1926.

Die Sexualität ist in erster Linie in der Konstitution jeder einzelnen Zelle begründet. Ihr Wesen läßt sich nicht in simpler Humoralphysiologie durch die Spezifität eines Saftes erklären. Wir kennen eine durch die feminine Konstitution bedingte Latenz eines Merkmals. Auch beim Nervensystem existiert eine vom Geschlecht abhängige Manifestation: Vererbungstyp Nasse-Horner. Man erhält den Sexualquotienten, wenn man den Wert der femininen Krankheitsdisposition als Zähler, den des männlichen als Nenner setzt. Nach der Statistik der Wiener Krankenanstalten wäre dieser Quotient für Nervenleidende 0,82. Bei Epilepsie überwiegen die Männer, bei Hysterie die Frauen. Migräne und Veitstanz kommen doppelt so oft beim weiblichen Geschlechte vor, während Huntington, epidemische und tuberkulöse Meningitis, auch epidemische Encephalitis und Gehirnabsceß mehr das männliche bevorzugen. Bei Apoplexia cerebri, multipler Sklerose und Paralysis agitans darf ein geringes Überwiegen der Männer als gesichert gelten. Bei Tumor cerebri ist die männliche Disposition beträchtlicher. Affektionen des Rückenmarks scheinen durchweg, die der peripheren Nerven teilweise das männliche Geschlecht zu belasten, doch bestehen hier Differenzen: Ischias häufiger bei Männern, Trigeminus- und Intercostalneuralgien häufiger bei Frauen. Von Geisteskrankheiten befallen exogene mit Vorliebe Männer, manisch-depressives Irresein Frauen. Das konstante Verhalten des Sexualquotienten bei den verschiedenen Nervenleiden dürfte als wichtiger Beitrag zur Konstitutionspathologie anzusehen sein.

Raecke (Frankfurt a. M.).

Berliner, Max: Beitrag zur Physiologie und Pathologie des Pubertätsalters. (*II. med. Univ.-Klin., Charité-Krankenh., Berlin.*) Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 2: Zeitschr. f. Konstitutionslehre Bd. **12**, H. 2, S. 119—157. 1926.

Den Untersuchungen des Verf. liegt die Frage zugrunde, ob während des Pubertätsalters — von 10—20 Jahren — in welchem die Köperformen sich so grundlegend und relativ schnell ändern, Proportionalitätsgesetze festgestellt werden können, etwa im Sinne der Proportionallehre von Zeising (Goldener Schnitt) oder der Harmonielehre Goldschmidts, nach der die Teile des menschlichen Körpers untereinander Größenbeziehungen im Verhältnis von 0, $^1/_2$, 1, 2 usw. aufweisen. Auf Grund von Messungen an 600 Individuen zwischen 10 und 20 Jahren, die den verschiedensten sozialen Schichten angehören und dem Krankenzugang der II. Berliner medizinischen Klinik entnommen sind, kommt Berliner zu einem im wesentlichen ablehnenden Standpunkt. Verwertet wurden: Körperlänge, Körpergewicht, „Körperfülle" (Rohrer), Brustumfang,

Digitized by Google

Rumpflänge, Verhältnis des knöchernen Thorax zur vorderen Rumpflänge, der Thoraxbreite zur Thoraxtiefe, „Stammbreite", Arm- und Beinlänge, Herzbreitendurchmesser und Verhältnis vom Herzvolumen zum Körpergewicht. Das Ergebnis ist: Aus einzelnen körperlichen Maßen und Maßkorrelationen lassen sich „keinerlei weitgehende" Schlüsse sowohl in somatischer Beziehung als auch in bezug auf Leistungsfähigkeit beziehungsweise überhaupt auf die Konstitution eines Individuums" ableiten. Erst „aus einer ganzen Anzahl" von Korrelationsstörungen lassen sich gewisse Schlüsse ziehen, „die aber auch nichts anderes bedeuten als ein Hinweis auf Fortsetzung der Untersuchung mit anderen klinischen usw. Methoden." *Walter* (Rostock-Gehlsheim).

Pellacani, G.: Il valore delle costituzioni ereditarie in psicopatologia. (Die Bedeutung der Erbkonstitution für die Psychiatrie.) (*Osp. psichiatr. prov., Bologna.*) Riv. sperim. di freniatr., arch. ital. per le malatt. nerv. e ment. Bd. **49**, H. 1, S. 122 bis 159. 1925.

Nach einer programmatischen Einleitung bringt Verf. im 2. Abschnitt eine allerdings recht unvollständige Übersicht über die verschiedenen Versuche, Konstitutionstypen abzugrenzen. Die Einteilungen von Sigaud, Stern, Bean z. B., die, obwohl in erster Linie körperbaulich, für die Psychiatrie nicht ohne Bedeutung sind, fehlen vollständig, die Gegenüberstellung von Giovanni, Viola, Pende einerseits und Kretschmer, Bleuler, Kräpelin andererseits gibt ein ganz schiefes Bild vom Wesen der deutschen Konstitutionsforschung, die nicht damit abgetan werden kann, daß man sie wie Verf. eine „im Grunde (fondamentalmente) psychologische" nennt „unter Anlehnung an körperliche Wechselbeziehungen". Mit Recht hebt er allerdings den „organischen" Charakter der italienischen Konstitutionslehre als wichtiges Unterscheidungsmerkmal hervor (Typus macro- und microsplanchnicus). Das Kapitel über die Entstehung der Erbkrankheiten bringt allgemein Bekanntes. Erbanlagen entstehen durch Idiokinese, die Rolle, welche Syphilis und Alkohol dabei spielen, ist nicht genügend erforscht. Scharf muß geschieden werden zwischen Keimschädigung und Fruchtschädigung (falsa eredità). Der Charakter der krankhaften Erbanlagen als der von Reaktionsmöglichkeiten wird erwähnt, aber nicht scharf genug herausgearbeitet. Durch mannigfache Reize werden solche Reaktionsmöglichkeiten mobilisiert und führen dann zu den verschiedenartigsten Störungen; eine besondere Rolle spielt dabei die Pubertät. Der Begriff der Pathoplastik wird vom Verf. in mißverständlicher Weise herangezogen, indem er z. B. auch die Dementia praecox als Wirkung einer „predisposizione patoplastica" bezeichnet. Der 4. Abschnitt enthält eine kurze Darstellung der Mendelschen Regeln und ihrer Anwendungsmöglichkeit ad hominem, um schließlich in breiter Form die Ergebnisse der modernen Erblichkeitsforschung auf dem Gebiete der Psychiatrie darzulegen. Dieser Abschnitt verrät eine gründliche Kenntnis der deutschen Literatur, speziell der Arbeiten aus der Rüdinschen Schule, wenn auch durchaus nicht alles berücksichtigt ist; so fehlt z. B. die konstitutionell außerordentlich wichtige Frage der Belastung mit Arteriosklerose (Donner). Das Problem der Mischung und Aufspaltung verschiedener Erbanlagen, der Legierung heterogener Konstitutionselemente wird sehr stiefmütterlich behandelt; Verf. beschränkt sich im wesentlichen darauf, einige kasuistische Beispiele für die Häufigkeit des gleichzeitigen Vorkommens verschiedener Erbpsychosen in der engeren biologischen Familie zu bringen und in der Zusammenfassung auf die Möglichkeit der Entstehung z. B. einer Dementia praecox auf dem Boden zyklothymer Konstitution hinzuweisen. Ein flüssig und schwungvoll geschriebenes Kapitel, das die Notwendigkeit des Zusammenarbeitens von Konstitutions- und Vererbungsforschung und des Ausbaus unserer Kenntnisse über die Wechselbeziehungen zwischen Körper und Psyche betont, schließt das Referat. Nicht bloße klinische Beschreibung und Analysierung, noch weniger die Spekulationen einer abstrakten Psychologie oder die Vermutungen (presunzioni) einer nicht streng objektiven Neuropathologie, sondern positive Forschung auf dem Gebiete der normalen und pathologischen Erbkonstitutionslehre wird uns ein

Digitized by Google

wirkliches Urteil über ihr Wesen und ihre Bedeutung für die Psychiatrie vermitteln. Die Arbeit, die von einem erfrischenden naturwissenschaftlichen Geiste getragen ist, erscheint geeignet, im Lande des Verf. weitere Kreise zur positiven Mitarbeit an erbbiologischen Problemen anzuregen; dem über Erblichkeit und Konstitutionslehre einigermaßen orientierten deutschen Psychiater bringt sie allerdings nichts Neues.

Luxenburger (Basel).

Luxenburger, Hans: Zur rassehygienischen Bedeutung der Auswanderung. (*Dtsch. Forschungsanst. f. Psychiatrie [Kaiser Wilhelm-Inst.], München.*) Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 28, Nr. 7, S. 87—88. 1926.

Verf. hat anläßlich einer größeren Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung die Auswanderer unter den Geschwistern der Durchschnittsprobanden einer Zählung unterworfen und das Ergebnis den entsprechenden Ziffern in den Geschwisterschaften Geisteskranker gegenübergestellt. Als Auswanderer sind dabei solche Individuen bezeichnet, die als selbständige Personen ihren ständigen Wohnsitz nach einem fremden Erdteil verlegt haben. In den Geschwisterschaften der gesamten Geisteskranken betrug die Ziffer 1,37%, für die Durchschnittsbevölkerung 1,38%. Beide Ziffern stimmen gut miteinander überein. Doch ergeben sich ziemlich starke Abweichungen vom Durchschnitt bei den zweifellos erblichen Psychosen. Die Auswanderungsziffer ist in den Geschwisterschaften der Dem. praecox-Kranken weit höher (2,53%) und in denen manisch-depressiver Kranken erheblich niedriger (0,79 %) als beim Durchschnitt. Die Ziffer bei den Epileptikern liegt ebenfalls etwas über dem Durchschnitt (1,12 %), desgleichen bei den Paralytikern (1,01 %). Die Häufigkeit der Auswanderer in den Dem. praecox-Geschwisterschaften bringt Verf. mit den in diesen Familien häufigen „Sonderlingen" und schizoiden Typen zusammen. Er ist der Ansicht, daß diese Typen Träger der latenten Anlage zur Dem. praecox (sog. Heterozygote) sind, daß daher die Auswanderung eine gewisse Selbstreinigung der Bevölkerung darstellt in bezug auf diese Erbanlagen. *H. Hoffmann.*

Die gegenwärtige Lage der Sterilisierungsfrage in Schweden. (*Staatl. Forschungsinst. f. Rassenbiol., Upsala.*) Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 28, Nr. 5, S. 49—53. 1926.

Das dem schwedischen Reichsgesundheitsamt erstattete Gutachten befürwortet die Zulassung von Sterilisierungen aus rassehygienischen Gründen unter der Voraussetzung, daß eine zentrale, aus Ärzten und Juristen zusammengesetzte Behörde auf Grund des von sachverständigen Ärzten überreichten Materials den Fall geprüft und seine Zustimmung gegeben hat. Es soll die Möglichkeit zur Sterilisierung nicht auf den Kreis von Personen beschränkt bleiben, für welche jetzt bereits in Schweden Eheverbote existieren (Geisteskranke, Geistesschwache, Epileptiker), sondern auch Psychopathen und solche — gedacht ist besonders an manisch-depressive Persönlichkeiten —, die eine Geisteskrankheit überstanden haben, einschließen. Zurechnungsfähige müssen selbst ihre Einwilligung erteilen, für Unzurechnungsfähige und Minderjährige der Vormund. Das Reichsgesundheitsamt soll über jeden Fall Bericht erhalten.

Geelvink (Frankfurt a. M.).

Hirsch, Max: Über die Legalisierung des ärztlich indizierten Abortus unter besonderer Berücksichtigung eugenetischer Gesichtspunkte. Arch. f. Frauenkunde u. Konstitutionsforsch. Bd. 12, H. 1/2, S. 1—49. 1926.

Es handelt sich um die Stellung des ärztlich indizierten Abortes im Strafrecht. In dem Kampfe zweier Weltanschauungen um den § 218 hat der Arzt nur als Hüter der Volksgesundheit zu walten. Früher wurde der therapeutische Abort lediglich für die Fälle zugelassen, wo dem mütterlichen Leben unmittelbare Gefahr drohte. Langsam ward er ausgedehnt auf Fälle schweren gesundheitlichen Schadens der Mutter. Das geltende Strafrecht kennt überhaupt noch keine Zulässigkeit des therapeutischen Abortes. In dem neuen Entwurfe wird nur die Ausnahme des Notstandes erweitert. Aber die medizinische Wissenschaft hat in ihrer Entwicklung das Strafrecht längst überholt. Die durch den deutschen Ärztetag vorgeschlagene Regelung droht durch die von ihm

Digitized by Google

beschlossene Standesordnung gefährdet zu werden, weil diese bloß die Indikation der Heilung oder Gefahrverhütung anerkennt. Es muß die Möglichkeit zur Anwendung anderer Indikationen offen gelassen werden, denn die Tätigkeit des Arztes hat über das Einzelindividuum hinaus sich auf das Wohl der Familie und des ganzen Volkes zu richten. Das eugenetische Prinzip ist heute im Volke weit verbreitet und ein Ausfluß erhöhten Verantwortungsgefühls der Eltern. Ein beachtenswerter Teil der heimlichen Abtreibungen geschieht aus Furcht vor minderwertiger Nachkommenschaft. Bei der eugenetischen Indikation ist weniger Mißbrauch zu befürchten als bei der rein medizinischen, weil die tatsächlichen Unterlagen sich noch nach Jahren nachprüfen lassen. Jede Indikation bleibt ein menschliches Werturteil. Absolute Sicherheit ist für keine Prognose zu erbringen. Es genügt aber die Tatsache, daß es Krankheiten gibt, deren Unterlagen unter allen Umständen vererbt werden, um die Berechtigung eugenetischer Indikation zu beweisen. Bereits halten namhafte Juristen die eugenetische Indikation für berechtigt und bemühen sich um ihre Einführung. Der wissenschaftliche Beirat für Rassenhygiene des preußischen Landesgesundheitsrates hat sich für ihre grundsätzliche Anerkennung ausgesprochen. Die unter Mitwirkung des Verf. aufgestellten Leitsätze werden mitgeteilt: Die Schwangerschaftsunterbrechung soll zunächst nur bei Retinitis pigmentosa, amaurotischer Idiotie, Dementia praecox, genuiner Epilepsie, Schwachsinn, Huntingtonscher Chorea, manisch-depressivem Irresein, Pelizäus-Merzbachscher Krankheit, degenerativer Hysterie zugelassen werden. Demgemäß sollte das Gesetz festgelegt werden: „Die Unterbrechung der Schwangerschaft ist straffrei, wenn sie durch den Arzt vorgenommen wird und durch die Lehren der Wissenschaft begründet ist." *Raecke* (Frankfurt a. M.).

Anstaltswesen, Statistik, Allgemeines.

Kolb: Irrengesetz und offene Fürsorge. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 28, Nr. 10, S. 113—117. 1926.

Verf. erörtert die Notwendigkeit des Ausbaues der offenen Fürsorge, die in der Not der Zeit, dem Fortschritt der psychiatrischen Erkenntnis und dem Bedürfnis der Irrenanstalten begründet ist, und folgert hieraus, daß mindestens die Möglichkeit der offenen Fürsorge im Entwurf für ein preußisches Irrenfürsorgegesetz vorzusehen sei, wie dies ja auch Schultze in seinem Referat auf der Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Kassel unter allgemeiner Zustimmung gefordert hat. Während die Einzelheiten den „Reglements" (Ausführungsbestimmungen) der einzelnen Provinzen je nach ihrer Stellungnahme zu dieser wichtigen Frage vorbehalten bleiben sollen, schlägt Kolb für den Gesetzentwurf folgende Fassung vor: „1. Aufgabe des Landesfürsorgeverbandes ist die Förderung und Überwachung der offenen Fürsorge. 2. Der Fürsorgeverband kann die Leitung und Beratung der offenen psychiatrischen Fürsorge den Direktionen der Heil- und Pflegeanstalten als neue Dienstaufgabe zuweisen und Teilgebiete der offenen Fürsorge als einen Teil der Anstaltsfürsorge erklären. 3. Die Provinzen (Bezirksverbände) können zur Durchführung dieses Gesetzes ‚Reglements' beschließen. Die ‚Reglements' unterliegen der Genehmigung." — Bei dem Vorschlag, die Landesfürsorgeverbände zu Trägern der offenen Fürsorge zu bestimmen, wird zu erwägen sein, ob die Landesfürsorgeverbände durchweg in gleichmäßiger Weise einerseits mit der Irrenanstaltsfürsorge und andererseits mit der Organisation der offenen Gesundheitsfürsorge befaßt sind, zumal Provinzialverwaltung und Landesfürsorgeverband bzw. Bezirksfürsorgeverband als Organ der Selbstverwaltung nicht grundsätzlich identifiziert werden können. Bei Satz 1 würde statt „Förderung" vielleicht der Ausdruck „Einrichtung" zutreffender sein. Der volle, auch wirtschaftliche Erfolg der Ergänzung der geschlossenen durch die offene Fürsorge ist nur zu erwarten, wenn die Organisation der beiden Fürsorgearten in ein und dieselbe Hand gelegt wird. Sofern dies aus lokalorganisatorischen Gründen nicht durchführbar sein sollte, müßte enges Zusammenarbeiten in genauester persönlicher Fühlung mindestens hinsichtlich der Entlassenenfürsorge gewährleistet sein. Für die Ausführungsbestimmungen gibt K. Richtlinien, nach denen die Direktionen der öffentlichen Irrenanstalten durch Anordnung der vorgesetzten Behörden ermächtigt bzw. verpflichtet werden sollen, versuchsweise beurlaubte Anstaltskranke außerhalb der Anstalt zu betreuen und freilebende Geisteskranke in Fürsorge und auch in Schutzaufsicht zu nehmen. Die Einzelheiten der Begründung müssen an Ort und Stelle nachgelesen werden. — Ohne Zweifel ist es ein Verdienst Kolbs, daß er, der in Deutschland über die umfassendste Erfahrung in der offenen

Digitized by Google

Fürsorge verfügt, eine Formulierung für die Verankerung der offenen Fürsorge in dem kommenden preußischen Irrenfürsorgegesetz vorgeschlagen hat. Allerdings erscheinen auf Grund der Erfahrungen mit dem badischen Irrenfürsorgegesetz und der badischen offenen Fürsorge auch andere Formulierungen möglich und in mancher Hinsicht vielleicht zweckmäßiger. Das Wesentliche bleibt, daß die Anstaltsdirektionen durch das Gesetz in klarer Weise grundsätzlich ermächtigt werden, Anstaltskranke und zwar auch solche, die ursprünglich als gefährlich eingewiesen sind, unter den nötigen Kautelen versuchsweise in die offene Fürsorge zu beurlauben. Die Ausführung im Einzelfalle muß naturgemäß dem pflichtmäßigen Ermessen des Direktors überlassen bleiben, der hierbei stets eine wesentliche Verantwortung zu übernehmen hat. Die Anregung, hierbei die Beurlaubungsmöglichkeit für solche Kranke, die der Anstaltspflege widerstreben, aus taktischen Gründen besonders zu betonen, erscheint nicht ganz unbedenklich, da hieraus für die Direktionen m. E. unter Umständen Unzuträglichkeiten entstehen könnten. Auf alle Fälle verdienen Kolbs Vorschläge ernste Beachtung und werden hoffentlich zu der unbedingt notwendigen Berücksichtigung der offenen Fürsorge in dem neuen Gesetz führen. *Hans Roemer* (Karlsruhe).

Schwabe: Zur Irrenfürsorge-Gesetzgebung. (*Stadtkrankenh., Plauen i. V.*) Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 28, Nr. 4, S. 39—43. 1926.

Der Verf. nimmt in seiner Eigenschaft als leitender Arzt der Psychiatrischen Abteilung eines städtischen Krankenhauses vom Standpunkt der Stadtasyle und psychiatrischen Kliniken Stellung zu dem Irrenfürsorge-Gesetzentwurf des Preußischen Wohlfahrtsministeriums und dem des provinziellen Ausschusses. Unter Hinweis auf die klinischen Besonderheiten des Krankenmaterials des Stadtasyls, dem vorwiegend nicht eigentlich Geisteskranke, Neurotiker, Psychopathen, Epileptiker und transitorisch Gestörte, in der Regel mit größter Dringlichkeit und meist nur zu kurzfristigem Aufenthalt, zuströmen, hält Schwabe für derartige Einrichtungen eine gesetzliche Regelung der Aufnahme und des Einspruchsrechtes wegen der hier obwaltenden größten Öffentlichkeit des Verfahrens für unnötig und die Festlegung einer der Unterbringung vorausgehenden Statthafterklärung für undurchführbar. Gerade der Verzicht auf jede Förmlichkeit bei der Aufnahme sei ein besonderer Vorzug der Stadtasyle vor den Heil- und Pflegeanstalten; er allein ermögliche die sofortige Zuführung jedes Krankheits- und namentlich auch Grenzfalles in die fachärztliche Wahrnehmung und damit das Bekanntwerden der Allgemeinheit mit der psychiatrischen Behandlungsweise überhaupt. Es müßten deshalb von einer Änderung dieser bewährten freiheitlichen Einrichtung, wie dies auch die Eingabe der Direktoren der preußischen Universitätskliniken nachdrücklich betone, ernste Nachteile befürchtet werden. Aus diesen Gründen müßten bei einer gesetzlichen Regelung Stadtasylen, psychiatrischen Kliniken und verwandten Einrichtungen besondere Erleichterungen insbesondere hinsichtlich der Forderung einer vorherigen oder nachträglichen Statthafterklärung der Aufnahme gewährt werden. Diese an sich plausibel klingenden Bedenken Sch.s, die aber ohne Zweifel in einer allzu ängstlichen Vorstellung über die Auswirkung einer irrengesetzlichen Regelung ihren Grund haben, finden in der praktischen Erfahrung, wie sie seit 1910 mit dem badischen Irrenfürsorge-Gesetz gemacht worden ist, keine Stütze. Im Jahre 1925 sind in den badischen geschlossenen Anstalten (2 Kliniken und 4 Heil- und Pflegeanstalten) 4342 Zugänge und 4033 Abgänge gezählt worden; davon entfallen auf die beiden Kliniken Freiburg und Heidelberg 1831 Zugänge und 1797 Abgänge, auf die Heil- und Pflegeanstalt Illenau 970 Zugänge und 909 Abgänge. Bei dieser lebhaften Krankenbewegung kann nicht behauptet werden, daß die Bestimmungen des badischen Irrenfürsorge-Gesetzes irgendwie hinderlich im Wege gestanden wären. Die fürsorgliche Unterbringung im Dringlichkeitsverfahren nach § 7 ermöglicht jederzeit die sofortige Aufnahme eines akut Erkrankten ohne irgendwelche Förmlichkeit, deren nachträgliche Erledigung keinerlei Schwierigkeiten begegnet und auch eine alsbaldige Entlassung nicht behindert. Gleichzeitig ist aber bei diesem Modus derselbe zuverlässige Rechtsschutz hinsichtlich des Unterbringungsverfahrens für die Kliniken wie für die Anstalten gegeben. Dazu kommt dann, daß die in der Vollzugsverordnung vorgesehene freiwillige Aufnahme in Baden immer mehr Eingang gefunden hat. — Im 2. Teil seiner Ausführungen schlägt Schwabe vor, durch einen besonderen Paragraphen im Strafgesetzbuch die klare gesetzliche Grundlage für das Recht des Psychiaters, zur Zurückhaltung anstaltsbedürftiger Geisteskranker zu schaffen und gleichzeitig das Recht des Kranken zum Einspruch gegen widerrechtliche Freiheitsberaubung gesetzlich festzulegen und zu sichern. Dabei will er die gerichtliche oder polizeiliche Mitwirkung in Form der amtsgerichtlichen Statthafterklärung auf die Fälle des Widerspruchs des Kranken beschränkt wissen, während er für alle übrigen Fälle jede amtliche Nachprüfung für entbehrlich hält. Wer 15 Jahre mit dem badischen Irrenfürsorge-Gesetz gearbeitet hat, wird diesem letzteren Vorschlag kaum zustimmen können; denn gerade die generelle Durchführung der Statthafterklärung, die sich neben der gleichzeitigen, auf alle Fälle nötigen Festsetzung über die Kostendeckung reibungslos eingebürgert hat, ist es ja, die in sehr vielen Fällen eine Beunruhigung und infolge davon einen Einspruch des Kranken verhütet und die, sofern trotzdem Einspruch erhoben wird, die sicherste Grundlage für die korrekte Erledigung des Beschwerdeverfahrens bildet. Dagegen ist Sch. ohne Zweifel Recht zu geben, wenn er die Notwendigkeit betont, das Einspruchsrecht von der Frage der Geschäfts-

Digitized by Google

fähigkeit grundsätzlich unabhängig zu machen; denn es muß theoretisch anerkannt werden, daß auch der geschäftsunfähige Geisteskranke zu Unrecht interniert sein könnte, zum mindesten aber muß ihm — einerlei, ob er als geschäftsfähig oder als geschäftsunfähig anzusehen ist — das Einspruchsrecht gewahrt bleiben; eine diesbezügliche Änderung des badischen Gesetzes ist deshalb auch schon in Aussicht genommen. Der Frage der Besuchskommission mißt Sch. — meines Erachtens mit Recht — eine entscheidende Bedeutung nicht bei, wenn auch, wie ich meine, die beabsichtigte Beiziehung eines Laienmitgliedes vom psychiatrischen Standpunkte aus nicht gebilligt werden kann. Die weiteren Einzelheiten will der Verf. den Vollzugsverordnungen der Länder und Provinzen vorbehalten. *Hans Roemer* (Karlsruhe).

Rein, Oscar: Ärztliche Versorgung und ärztliche Leitung der öffentlichen Irrenanstalten. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 84, S. 347 bis 359. 1926.

Die Arbeit zeigt sehr klar und eindringlich die Mißstände auf, unter denen das Irrenwesen heutzutage infolge übermäßiger Einschränkungen seitens der Behörden zu leiden hat. Einen der schwersten Schäden bildet die starke Verminderung der Arztstellen an den Anstalten, die bereits im Kriege eingesetzt hatte und, ohne Rücksicht auf diesen Umstand, in Ausführung des Abbaugesetzes so weit getrieben worden ist, daß jetzt 1 Arzt bis 240 und mehr Kranke zu versorgen hat. Bei diesem Verhältnisse kann keine der Kraepelinschen Forderungen, auf die Verf. seine Warnungen gestellt hat, erfüllt werden: weder die eingehende Beschäftigung des Arztes mit dem Kranken, noch die unentbehrliche Mitarbeit der Irrenanstalten an den wissenschaftlichen Aufgaben unseres Faches. Rein weist nach, daß es eine falsche Sparsamkeit ist, die den Arzt spart und ihn in seinem praktischen wie idealen Wirken über Gebühr einschränkt, und ermahnt die Kollegen, unermüdlich durch aufklärende Arbeit die Gefahren abzuwenden, welche der deutschen Wissenschaft und der Volkswohlfahrt auch auf dem Gebiete der Irrenfürsorge drohen. *v. Leupoldt* (Neuruppin).

Fischer, Max: Die Herausgabe der Krankengeschichten an Behörden. (*Heilanst. Wiesloch.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **100**, H. 4/5, S. 652—661. 1926.

Verf., der sich zu dem vorliegenden Gegenstand schon wiederholt geäußert hat, erblickt in § 300 Str.-G.-B. die Sicherung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient und damit eine der hauptsächlichsten Grundlagen der ärztlichen Heilbehandlung. Er folgert hieraus die unbedingte Verweigerung der Herausgabe der ärztlichen Aufzeichnungen und der vom Kranken übergebenen Schriftlichkeiten, die als anvertraute Privatgeheimnisse i. S. des § 95 Str.-P.-O. zu betrachten seien, und die geheimzuhalten und zu verwahren der Arzt sowohl das Recht als die Pflicht habe. Es könne deshalb für sie die Beschlagnahme gemäß § 97 Str.-P.-O. als zulässig nicht anerkannt werden. Eine Durchlöcherung des grundlegenden § 300 Str.-P.-O. durch Heranziehung der Bestimmungen der Str.-P.-O. wird als abwegig bezeichnet, da offenbar die Bestimmungen in der Str.-P.-O., die im wesentlichen als Ausführungsbestimmungen des Strafgesetzbuches anzusehen seien, bindende Kraft nur insofern besitzen könnten, als sie mit Inhalt und Sinn des Str.-G.-B. nicht in Widerspruch stehen. Dieser grundsätzliche Standpunkt Fischers wird trotz der Bedenken, die von den Vertretern der Strafrechtspflege erhoben werden können und auch erhoben worden sind, vom Arzte in vollem Umfange geteilt werden müssen, insbesondere auch, wenn er betont, die Schweigepflicht, die hinsichtlich jedes Kranken gelte, sei besonders wichtig hinsichtlich des Geisteskranken infolge der besonderen Art seines Leidens, seiner Krankheitsäußerungen und seiner Mitteilungen. Wenn man bedenkt, daß der Irrenarzt wie jeder Psychotherapeut in die intimsten Angelegenheiten des Kranken, seines Ehelebens, seiner Blutsverwandtschaft Einblick haben muß, ferner in welch' unberufenen Hände die an die Behörden verabfolgten Akten gelangen, und endlich, welch' bedingten, ja fragwürdigen Wert die Einsicht in die fachärztlichen Aufzeichnungen und die Niederschriften der Geisteskranken für den Richter und Staatsanwalt bei Beurteilung eines konkreten Falles besitzt, so kann m. E. ein Zweifel darüber nicht bestehen, daß die Herausgabe der Krankengeschichte mit ihren Anlagen an die Behörden — selbst bei Zustimmung der Kranken, die bei Geisteskranken in ihrem Wert immer etwas problematisch sein wird — unter allen Umständen zu vermeiden ist. In Baden haben sich die zuständigen Behörden nach längerer Auseinandersetzung darauf geeinigt, daß die Krankengeschichte immer dem Gerichtsarzt persönlich zugestellt wird, der sie dann wieder unmittelbar an die Krankenanstalt zurückgibt. Es ist ein Verdienst F.s, die wichtige Materie, deren sachgemäße Regelung außer dem beamteten Irrenarzt den Psychotherapeuten überhaupt berührt und für das Ansehen des ärztlichen Standes von Belang ist, wieder zur Sprache gebracht zu haben. *Hans Roemer* (Karlsruhe).

Digitized by Google

Romano, Anacleto: La quistione delle corporazioni religiose e del personale laico nell'assistenza alienistica ed i limiti di un regime mistico efficace nel trattamento degli alienati. Contributo alla soluzione dei moderni problemi alienistici. (Zur Frage der Pflege der Geisteskranken durch die religiösen Orden und das Laienpersonal. Die Grenzen der mystischen Richtung in dieser Pflege.) **Gazz. internaz. med.-chir. Jg. 1924, Nr. 1, S. 5—7, Nr. 3, S. 32—34 u. Nr. 6, S. 74—76. 1924.**

Es ist ein Vorurteil, die religiösen Orden von der Pflege der Geisteskranken auszuschließen, besonders bei einem Volke, das seit Jahrhunderten dem Glauben und dem religiösen Kult ergeben ist. Der hl. Johannes von Gott hat als erster ein Asyl für Geisteskranke geschaffen und ist 300 Jahre früher als die Wissenschaft für eine humane Behandlung eingetreten. Ebenso gründete der hl. Vinzenz von Paula im 17. Jahrhundert Asyle für Geisteskranke. Das gleiche taten die von den beiden gegründeten Orden. Wenn auch die Behandlung von mystischen und nicht von rationalen Grundsätzen ausging, so bildet dies noch keinen Grund, die Orden, wie es in der liberalen Ära geschah, von der Pflege der Geisteskranken auszuschalten, wofern sie sich der neuen Zeit anpassen. Verf. widerlegt nun weiter die Einwände der Gegner der Ordenspflege und hebt die Vorzüge der Orden, wie Disziplin, Ordnungsliebe, Mitgefühl, Anspruchslosigkeit, Opferwilligkeit, Zuverlässigkeit hervor. Sie üben einen wohltätigen und beruhigenden Einfluß auf die Geisteskranken aus. Das gilt besonders von den weiblichen Orden. Die Kosten sind geringer. Man braucht nicht zu befürchten, daß die Orden religiöse Propaganda treiben oder Andersgläubige zu beeinflussen suchen, auch nicht, daß sie die Anstalt zu einem Kloster machen und die Leitung an sich reißen wollen. Diese bleibt dem ärztlichen Direktor vorbehalten, der auch die Teilnahme der Kranken an den religiösen Übungen bestimmt. In der Religion sieht Verf. ein wichtiges Hilfsmittel zur Behandlung der Geisteskranken. Er führt die heute übliche Psychotherapie auf die zu Anfang des vorigen Jahrhunderts geltenden Anschauungen der Psychiater (Heinroth, Ideler) über die moralische und religiöse Beeinflussung der Geisteskranken zurück. *Ganter* (Wormditt).

Linke: Die Anstalt Leubus in den Jahren 1885—1925. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 84, S. 316—320. 1926.

Kurze Schilderung der Erlebnisse der Anstalt Leubus seit dem Jahre 1884, als Kraepelin dort tätig war. Ein Bild zeigt das schön an der Oder gelegene Kloster, in dem sich die ursprüngliche Anstalt befindet. Dort hat Neißer 1888 seine Bettbehandlung eingeführt und mit ihr bedeutende therapeutische Erfolge erzielt. Da sich der teure Betrieb der Klosteranstalt nur gelohnt hatte, solange sie noch hauptsächlich Heilanstalt war, blieb sie, seitdem auch Pflegekranke dort belassen wurden, nur dadurch lebensfähig, daß in dem benachbarten Städtel-Leubus eine Ökonomie und 1901 eine neue Anstalt entstand. Es wird über eine hartnäckige Ruhrepidemie und über die Nöte der Kriegszeit berichtet. *Müller* (Dösen).

Mapother, Edward: Die Münchner psychiatrische Klinik und die gegenwärtigen Strömungen für die Gründung ähnlicher Einrichtungen in England. (*Maudsley hosp., London.*) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 84, S. 321 bis 329. 1926.

Mapother schildert seine Eindrücke, die er bei einem Studienaufenthalt an der Münchner Klinik gewann, und im Gegensatz dazu die eigenartigen Verhältnisse des Irrenwesens in England, wo zwar chronisch Kranke verhältnismäßig leicht untergebracht werden können, leichtere und heilbare Psychosen aber wegen umständlicher Gesetzesbestimmungen nur schwer in geeigneten Anstalten unterkommen, wobei das Odium der Freiheitsberaubung besonders erschwerend wirkt. Dem Verf. ist es nun gelungen, in dem ihm unterstellten Mandsley-Hospital in London die leichteren mit den schwereren Psychosen zusammen zu behandeln, ohne daß sich Schwierigkeiten ergeben hätten. Das Institut ist der Universität angegliedert und dient so dem Unterricht, außerdem steht ihm das gesamte Material von nahezu 20 000 Kranken der Londoner Irrenanstalten zur Verfügung, so daß hier eine gute Forschungszentrale geschaffen ist. *Hallervorden* (Landsberg a. W.).

Vogt, Ragnar: Psychiatrisches aus Norwegen (Irrenwesen, Irrenrecht). Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 84, S. 408—417. 1926.

Verf. gibt neben einer Übersicht über die psychiatrischen Anstalten in Norwegen ein Bild der gesetzlichen Lage des Irrenwesens. Mit der Feststellung der Geisteskrankheit ergibt sich ohne weiteres, daß der Kranke unzurechnungsfähig und heiratsunfähig ist. In Straf- und Ehesachen ist somit lediglich das ärztliche Urteil über den Geisteszustand ausschlaggebend. Im ganzen scheint es, daß das norwegische Irrenwesen zur Zeit in reger Entwicklung begriffen ist, die sich in organisatorischen Bewegungen und in der Gründung einer staatlichen psychiatrischen Klinik ausspricht. *v. Leupoldt* (Neuruppin).

Kure, Shuzo: Die Entwicklung des Tokyo-fu Matsuzawa-byoin, der Irrenanstalt des Regierungsbezirkes Tokyo. Ein Beitrag zur Geschichte der modernen Psychiatrie

Digitized by Google

in Japan. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 84, S. 286 bis 292. 1926.

Verf. schildert die Entwicklung des japanischen Irrenwesens, die seit den 1870er Jahren lebhafter einsetzte und mehr und mehr zu einer Anpassung an europäische Verhältnisse führte, besonders seit Kure in Europa Studien gemacht hatte. 1902 wurde die Zwangsbehandlung abgeschafft, seit 1903 wird Unterricht an das Pflegepersonal abgehalten. Die neue Anstalt von Tokyo und ihr Betrieb werden kurz geschildert. Es wird hervorgehoben, daß der Grundsatz der offenen Behandlung herrscht und „nie nach der Zwangsmethode" behandelt wird; die Beschäftigungstherapie wird eifrig gepflegt. Das Erdbeben von 1923 hat auch die Anstalt schwer beschädigt, die Kranken konnten in Sicherheit gebracht werden. Psychiater sind in Japan beim Jugendgericht, beim Polizeipräsidium, bei den Gefängnissen, bei der Versicherungsabteilung des Ministeriums usw. angestellt. Es gibt 6 Universitäten und 20 medizinische Akademien, wissenschaftliche Gesellschaften und einen Hilfsverein. *Müller* (Dösen).

Wawrzynowski, Michael: Das Spezialschulwesen in Polen. Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. 31, H. 1/2, S. 40—43. 1925.

Die ersten Anfänge einer organisierten Erziehungsfürsorge für gänzlich anormale Kinder gehen in das Jahr 1817 zurück. Für die Unterbringung der anormalen Kinder sind 12 Taubstummenanstalten, 5 Blindenanstalten, 12 Internate und 2 Schulen für moralisch vernachlässigte Jugendliche, 6 Anstalten und ca. 100 Klassen für schwachsinnige Kinder vorhanden. 1922 wurde das staatliche Institut für Spezialpädagogik ins Leben gerufen, das den Zweck hat, Lehrer für Taubstumme, Blinde, Schwachsinnige und moralisch Vernachlässigte auszubilden. Diesem in Warschau befindlichen Institut sind außerdem noch folgende Einrichtungen angegliedert: 1. ein psychologisches Laboratorium, in dem alle anormalen Volksschulkinder der Stadt Warschau geprüft werden, 2. eine orthophonische Beratungsstelle für Kinder mit Sprachgebrechen, 3. eine Heilpädagogische Beratungsstelle. *Schob* (Dresden).

Holst, W. v.: Sechs Jahre Psychiatrie ohne Anstalt (1919—1925). Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 101, S. 171—178. 1926.

Interessante Mitteilungen aus einer durchaus psychiatrisch eingestellten Privatpraxis. *Eugen Kahn* (München).

Gesellschaftsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 8. III. 1926.

Offizielles Protokoll. Berichterstatter: **K. Löwenstein** (Berlin).

Ostertag: Über eine mit Lebercirrhose einhergehende, der Wilsonschen Krankheit nahestehende, heredo-degenerative Erkrankungsform, lokalisiert im Striatum und Rinde mit ausgedehnter Myelolyse. Berlin. Ges. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh., Sitzg. v. 8. III. 1926.

Vortr. berichtet zuerst über das Krankheitsbild der Mutter der eigentlich zur Besprechung kommenden Kranken. Die Mutter war mit 21 Jahren wegen postinfektiöser Chorea mit leichten psychischen Veränderungen in der Klinik. Typischer Befund am Herzen, typische choreatische Bewegungsunruhe, lokalisiert im Facialis, Zungen- und Halsmuskulatur. In den Armen ausgiebige Schleuderbewegungen. Die Tochter, 1907 geboren: 1916 Gelenkrheumatismus mit Endokarditis, danach Ikterus, später zapplig und nachlässig. Mai 1918 Schluckstörung, Zittern im rechten Bein und Arm, reizbar. September 1918 in der Klinik: verwaschene Sprache, starkes Speicheln, etwas steife Mimik, häufig überstürzendes schnelles Sprechen. 1919 in der Schule vom Schreiben dispensiert. Unwillkürlich ausfahrende Bewegungen, Gang behindert, schlägt alles entzwei. Psychischer Stillstand. Februar 1920 Mund weit offen, mimische Starre, Zwangslachen. Unwillkürliche Drehungen des Kopfes und des Rumpfes, Rotationsbewegungen der Arme bei Kraftleistungen mit Innervation anderer Muskelgruppen. Grobschlägiger Intentionstremor. Reflexe und Sensibilität intakt. April 1920 Bewegungsunruhe verstärkt. Neben den choreiformen auch athetoide Bewegungen. Psychisch gereizt. Juni 1920: Beginnende Beugecontractur im linken Bein. Spasmen? Achillesklonus. Mund starr, dauernd geöffnet. Speichelt stark. Schluckt erst, wenn Speisen zurückgestopft werden. August 1920: Spasmen in beiden Händen und Unterarmen. Beide Beine in Beugestellung contracturiert, l > r. Dezember 1920: Anfallsweise krampfartige Zuckungen in den Extremitäten. Krallenstellung der Hände, Abgang von Urin und Kot. Contractur der Halsmuskulatur, links angedeuteter Babinski April 1921: Zuckungen der rechten Facialismuskulatur. Häufiges Schreien. Mai 1921: Schlucken gebessert. Krampfhafte Bewegungen der Finger. Versteifung und Contracturstellung, Beine

Digitized by Google

und Arme gebeugt. Rumpf gestreckt. Oktober 1921: Babinski beiderseits. Mendel links + Decubitus. Sepsis. Zunehmender Marasmus. 10. XI. Exitus. Pathologisch-anatomisch: Sepsis infolge Decubitus. Endokarditis, Schluckpneumonie. Kein besonderer Befund an den untersuchten Körperorganen. Es bestand eine feingranuläre Lebercirrhose. Lebergewicht 520 g. Mikroskopisch: Beginnender Umbau der Leber in großknotige Parenchyminseln. Verfettung und Nekrose einzelner Parenchymbezirke. Ungeheure Vermehrung des interlobulären, geringere des intralobulären Bindegewebes. Sehr geringe Regenerationserscheinungen. Schädelsektion: Hochgradiger Hydrocephalus externus. Schon von außen sichtbare symmetrische „Erweichungsherde" im Frontal- und Parietalhirn, von denen der im rechten Frontalhirn gelegene in eine schwappende Cyste umgewandelt zu sein scheint. Nach Anhärtung in Formol Sektion durch Frontalschnitte. Starker Hydrocephalus internus. Hochgradige Atrophie des Nucleus caudatus, der in seinen caudaleren Teilen völlig erweicht ist. Cystische Erweichung, rechts stärker als links, am äußeren Glied des Pallidums, übergreifend auf Capsula externa und Claustrum. Thalamus atrophisch. Starke Veränderung der Lagebeziehung der Großhirnganglien untereinander. Ausgedehnte Erweichungen symmetrisch wie schon bei äußerer Betrachtung im Frontalhirn, Parietalhirn, stellenweise mit Einschluß des Schläfenlappens. Im Parietalhirn bildet stellenweise die verschmälerte Rinde die Wand der Erweichungshöhle. Mikroskopisch: Schrumpfung des ganzen Neostriatums mit Erweichungs- und Einschmelzungsprozessen in den caudaleren Partien dieses Hirnteiles. Im Caput nuclei caudati enormer Schwund der Grundsubstanz, dadurch scheinbar große Zelldichtigkeit. Die kleinen neostriären Elemente bedeutend stärker geschädigt als die relativ gut erhaltenen großen Zellen. Plasmatische Gliawucherung, keine Glianarbe. Vereinzelt Ansatz zu Faserbildungen im Putamen. Der gleiche Prozeß wie im Neostriatum auch diffus in der Hirnrinde, in der es zum deutlichen Status spongiosus und starker mesenchymaler Wucherung kommt. Gliafaserwucherung nur in der Lamina zonalis. Im Striatum wie in der Rinde und den Brückengrisea Auftreten atypischer Gliazellen, mehrkernig. Ferner an Alzheimersche Gliazellen erinnernde Elemente mit grünlicher Pigmentierung. Vereinzelt große, vielfach gelappte Gliakerne, die an Größe an einen normalen Ganglienzelleib herankommen. Im Striatum und Rinde wie Brückengrau massenhaft feinste Fetttröpfchen, in der Grundsubstanz Fettkörnchenzellen und große Fetttropfen im Adventitialraum. Striopallidäre und striothalamische Fasern stark gelichtet. Pallidum und Corpus luyis außerordentlich stark geschrumpft, zellarm, Faserausfall. Nucleus ruber nicht zu entscheiden, da durch die Verziehung in seiner Form stark verändert. Substantia nigra nur in geringem Grade erkrankt. Nucleus dentatus relativ gut erhalten. Marklager des Hemisphärenmarkes stellenweise ganz diffus erweicht, meist nicht in zusammenhängenden Bezirken, sondern von scheinbar ganz willkürlich verteilten Herden ausgehend. Erst bei Größerwerden der einzelnen Bezirke Konfluieren der Erweichung, so daß in den erweichten Bezirken noch immer Züge von Markfasern und weniger intakten Fibrillen durchziehen. Zerfall in Fettkörnchen, Abbau durch Fettkörnchenzellen. Die Erweichung macht meist an der U-Faserung halt, greift selten auf die tiefe Rinde über. Die Erweichungen sind sicher nicht vasculär bedingt, vor allen Dingen keine Embolien. Es handelt sich um eine fleckig disseminierte Myelolyse. Es wird die Bedeutung dieses Falles in seiner Stellung zu den heredo-degenerativen Erkrankungen und seine Beziehungen zu der Wilson-Pseudosklerosegruppe, von der er wenigstens vorläufig wegen des Befundes der ausgedehntesten Myelolyse abzutrennen ist, besprochen. Die klinische Symptomatologie wird kurz gestreift. Für patho-physiologische Untersuchungen ist der Fall infolge der ausgedehnten Erkrankung nicht auszuwerten. Auffällig bleibt nur die Intaktheit des Nucleus dentatus. Die in den letzten 14 Jahren aufgetretenen Pyramidenzeichen finden ihre Erklärung in dem beschriebenen Befund und dem Nachweis der in Zerfall begriffenen Pyramidenbahnen. Der sekundäre Zerfall derselben nimmt caudalwärts an Stärke ab. Bezüglich der Pathogenese charakterisiert Vortr. den Prozeß folgendermaßen: Es handelt sich bezüglich des Zentralnervensystems um ein Leiden, bei dem 1. eine außerhalb des Gehirns gelegene Schädigung am Zentralorgan angreift, bei dem 2. eine auf heredodegenerativer Basis beruhende minderwertige Anlage der Glia in ihrer Gesamtheit, vor allem aber ihrer nutritiven Funktionen besteht, und 3. eine Disposition bestimmter Grisea zur Erkrankung vorliegt, im vorliegenden Falle des Striatums, deutlich bei Mutter und Tochter. Die Lebererkrankung als solche ist ein im Leben erworbener Prozeß, wahrscheinlich auf die Endokarditis zurückzuführen (vgl. neuere Untersuchungen von Lüthy). Was die Frage der Beziehung der Leber- und Gehirnerkrankungen anbetrifft, so muß, trotzdem sichere Kenntnisse hierüber noch nicht vorliegen, darauf hingewiesen werden, daß bei einem Fall Schobs der Milztumor und die Lebercirrhose das erste Krankheitszeichen lange vor Auftreten der Gehirnerkrankung waren und daß analog im vorliegenden Falle die toxische Lebererkrankung (postinfektiöser Ikterus) nach Gelenkrheumatismus und Endokarditis dem Manifestwerden der nervösen Erkrankung vorausgehen. Bei der Häufigkeit einer Endokarditis mit und ohne Leberzirrhose gehören aber gleich, wie man sich die Beziehung denken mag, auf alle Fälle die Disposition des Zentralorgans mit der Insuffizienz der Glia und als deren Zeichen die aus normaler Breite herausfallenden Reaktionsformen hinzu. Für die besondere Gestaltung und den deletären Ablauf des Krankheitsprozesses dürfte noch der Umstand verantwortlich

Digitized by Google

zu machen sein, daß die auf das Nervensystem einwirkende Schädigung das Organ noch in jugendlichem Alter in der Entwickelungsperiode betroffen hat. — Aussprache: Schuster: Wenn ich recht verstanden habe, war im Falle des Vortr. die Lebererkrankung das allererste Krankheitszeichen. Dieser Umstand veranlaßt mich auf eine im Septemberheft des Brain von Barnes und Hurst veröffentlichte Arbeit über die Hepato-lenticular-Degeneration hinzuweisen. Die Autoren beobachteten 4 Geschwister mit den Symptomen der Krankheit. Bei allen 4 war die Lebererkrankung — wie sie sagen die Hepatitis — das erste Symptom des Leidens. In einem Fall war sie dabei das einzige grob erkennbare Symptom; in diesem Fall hatten sich klinische Zeichen seitens des Nervensystems noch nicht entwickelt, trotzdem schon Ausfall der großen Putamenzellen mikroskopisch nachweisbar war. Aus dem ersten Auftreten der Lebersymptome würde man folgern müssen, daß wahrscheinlich die Veränderungen des Nervensystems das sekundäre, evtl. toxisch erzeugte Moment des Krankheitsbildes sind. Ich bitte den Vortr. um Auskunft, wie er sich auf Grund seines Falles hierzu stellt. — Creutzfeldt: Die Überspannung des Begriffes der Wilsonschen Krankheit bzw. der Pseudosklerose ist, wie der vorgetragene Fall zeigt, gefährlich. Auch in diesem Falle spricht weit mehr für einen exogenen als für einen endogenen Prozeß. Vor allem ist die Gliawucherung gerade in Beziehung zu den Randzonen bzw. Oberflächenstrikturen verschwindend. Es fehlen die charakteristischen Alzheimerschen Gliazellen, deren Nachweis für die Pseudosklerose und Wilsonsche Krankheit gefordert werden muß. Die Lokalisation des von Ostertag beschriebenen Prozesses deckt sich außerdem nicht völlig mit der der Degeneratio lenticularis, er zeigt vielmehr eine Ausbreitung, die dem Gefäßverlaufe (Arteria lenticulo-striata) weitgehend entspricht. Die starke Beteiligung des Hemisphärenmarks ist wohl auf die gerade bei Jugendlichen erhöhte Anfälligkeit der Markfasern des Großhirns zurückzuführen. Daß, wie der Vortr. dargelegt hat, die Familien- und Vorgeschichte der Patientin für eine anlagemäßige Minderwertigkeit der striären Strikturen sprechen, hat wohl große Bedeutung für die Ausgestaltung des Krankheitsbildes, aber berechtigt nicht zur Annahme eines heredodegenerativen Prozesses, wenn man unter Heredodegeneration das versteht, was seit Jendrassik darunter verstanden wird. — Jacobsohn-Lask fragt, ob die gesamte Rinde so schwere Veränderungen, wie die vom Vortr. demonstrierten, aufwies, oder nur die seitlich von den Zentralganglien gelegene Partie. Auffallend wäre das relativ gute Erhaltensein der Faserung in der inneren Kapsel im Verhältnis zu den Veränderungen im Rückenmark. Jacobsohn-Lask ist auch der Ansicht, daß hier eine schwere exogene Noxe eingewirkt hat, und daß die pathologisch-anatomischen Veränderungen auf sie zurückzuführen sind. — Bonhoeffer fragt, ob sich nichts Entzündliches oder Residuen entzündlicher Erscheinungen nachweisen ließen. Klinisch hatte das Bild einer chronischen Encephalitis entsprochen und auch makroskopisch hatte die starke Beteiligung des Marklagers zunächst daran denken lassen. — Ostertag (Schlußwort): Der Prozeß befällt die ganze Rinde, das Kind verblödete, bekam Anfälle und fokale Reizerscheinungen. Im Rückenmark fand sich ausschließlich Pyramidendegeneration. Der postinfektiöse Ikterus ging den ersten neurologischen Symptomen voraus. Die Abgrenzung gegenüber der Wilsonschen Krankheit ist scharf durchzuführen. Die ererbte Minderwertigkeit und Vulnerabilität bestimmter Grisea steht aber sicher, so daß trotz der exogenen Ursache die hereditärminderwertige Anlage zu betonen bleibt.

Albrecht: Über cerebrale Muskelatrophien mit Entartungsreaktion.

Im Anschluß an den in der vorigen Sitzung demonstrierten (vgl. dies. Zentrlbl. **43**, 734) Fall wird über den damals angekündigten, zur Sektion gekommenen Fall berichtet: Hedwig P., 57jährig, Mitte Januar 1925 erstmalig Zuckungen in der linken Hand, seitdem alle 3 bis 4 Tage, aber auch häufiger; niemals Bewußtseinsverlust. Allmählich Schwäche im linken Arm, besonders Hand. 1923 war P. wegen Gallenblasenvereiterung mit Perforation und Abceßbildung operiert worden. Sonstige Anamnese o. B. Erste Aufnahme: 27. II. 1925: Ernährungszustand im allgemeinen reduziert. Haut etwas blaß und welk, leichte Parese des linken Mundfacialis. Linker Arm in Beuge- und Pronationsstellung, keine Atrophien, nur die Muskulatur des Daumen- und Kleinfingerballens etwas schlaffer als rechts. Leichte Hypotonie des linken Armes, aber bei totaler Streckung zuletzt deutlicher Beugespasmus; Prädilektionsparese des linken Armes nach distal zunehmend. Radiusperiost- und Tricepsreflex l. > r. Keine nachweisbare Sensibilitätsstörung. Bauchdeckenreflexe l. < r. An den Beinen Tonus, Trophik, Motilität intakt, Patellar- und Achillesreflexe links deutlich lebhafter als rechts. Keine Pyramidenbahnreflexe. März 1925 von neuem Symptome einer Cholecystitis, P. wurde nach Hause genommen. 27. V. 1925 Wiederaufnahme; inzwischen hatte sich eine linksseitige Hemiplegie entwickelt. Die Anfälle hatten unverändert weiter bestanden, traten aber in der Klinik nicht mehr auf. Der Allgemeinzustand weiter stark reduziert, die Haut graugelb gefärbt, welk, Schleimhäute wenig durchblutet. Am linken Mundwinkel paretische Contractur; linker Mundwinkel stand höher als rechts, blieb bei Innervation Spur zurück. Fast totale Lähmung des linken Armes, lediglich eine schwache Beugung des Armes war möglich. Noch immer leichte Beugestellung des linken Armes. Tonus in allen Gelenken herabgesetzt. Muskulatur des gesamten Armes und der Hand atrophisch und schlaff. Bei passiven Bewegungen leichte Schmerzhaftigkeit in allen Gelenken, doch keine Versteifung. Radiusperiost- und Tricepsreflexe links

Digitized by Google

gesteigert; Störung der Stereognose links. Bauchdeckenreflexe rechts positiv, links nur der untere schwach vorhanden. Fast völlige Lähmung des linken Beines, Fuß vollkommen gelähmt. Tonus links eher herabgesetzt, Muskulatur deutlich links schlaffer als rechts. Patellarreflexe positiv, rechts eher stärker als links (!), Achillesreflexe nur links schwach vorhanden. Babinski links positiv. Der Allgemeinzustand wurde dauernd schlechter, zumal wieder cholecystitische Beschwerden auftraten, und sich unter hohem Fieber ein großes Furunkel entwickelte. Im Mai 1925 soweit heruntergekommen, daß sich die Haut in schlaffen Falten abheben ließ und P. nur noch mit fast tonloser Stimme sprach. Die Hypotonie und Atrophie der linken Extremitäten nahm weiter zu, die Lähmung wurde komplett, doch blieben bis zum Tode der Radiusperiost- und Tricepsreflex l. > r., während am linken Bein mit zunehmender Hypotonie die linksseitigen Patellarreflexe schwächer wurden als rechts. Die elektrische Untersuchung hatte bei der Aufnahme ergeben: Am Facialis nichts Besonderes, bei direkter Muskelreizung Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit der linken Unterarm- und Handmuskulatur, galvanisch in diesen Muskeln träge Zuckung. Im Juni: Am linken Arm faradisch starke Herabsetzung gegen rechts, aber alle Muskeln erhalten; galvanisch in der Schulter- und Oberarmmuskulatur schnelle und träge Zuckung nebeneinander; am Unterarm und der Hand nur träge Zuckung; am linken Bein Oberschenkelmuskulatur nur quantitative Herabsetzung, Unterschenkelmuskulatur faradisch herabgesetzt, galvanisch träge Zuckung. An den rechten Extremitäten normale Verhältnisse. Es bestand also am linken Unterarm, Hand und Unterschenkel partielle Entartungsreaktion. Unter zunehmender Kachexie trat am 15. VII. 1925 der Exitus ein. Sektion ergab: Etwa kirschgroßer, knotenförmiger, stark verengender Krebs des Dickdarms, 27 cm unterhalb der Ileocöcalklappe. Etwa kirschgroße Metastase am vorderen Rande des rechten Leberlappens, mehr diffus in die Leber einwachsende Metastase in der Umgebung der Gallenblase. Eine apfelgroße, nach der medialen Seite und der Konvexität hindurch gewachsene und mit der Dura verwachsene Metastase der rechten Großhirnhemisphäre. Rückenmark makroskopisch o. B., ebenso seine Häute. Das Auftreten von Entartungsreaktionen bei cerebralen Muskelatrophien ist noch niemals beschrieben worden, wohl aber fand man in einzelnen Fällen neben quantitativer Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit auch leichte qualitative Veränderungen. Für die Auffassung der Atrophien bei cerebralen Lähmungen ist das Auffinden und der Nachweis von Entartungsreaktionen von besonderer Wichtigkeit — es kann sich nicht um einfache Inaktivitätsatrophien handeln — für beide Erscheinungen, die wohl nur verschiedene Stadien derselben Entwickelung darstellen, ist bisher eine sichere Erklärung nicht gefunden worden. Charcot suchte sie zu erklären durch sekundäre Degeneration des peripheren Neurons; er fand in seinem Falle Atrophie des entsprechenden Vorderhornes. Als man später die Atrophie des entsprechenden Vorderhornes immer häufiger vermißte (Senator), suchte man nach anderen Erklärungen: Es wurden besondere trophische Bahnen angenommen, die Mitbeteiligung des Thalamus für die Atrophie verantwortlich gemacht, von anderen die Mitbeteiligung der sensiblen Bahnen oder die Zerstörung der Rinde beschuldigt. Alle diese Erklärungen haben eine allgemeine Anerkennung nicht gefunden. Besonders blieb immer die Frage offen, warum bei den massenhaften Hemiplegien so selten Atrophien und Entartungsreaktionen vorkommen. Daß der cerebrale Prozeß nicht allein für die Atrophien verantwortlich gemacht werden darf, ist wohl als sicher anzunehmen; es müssen zu dem cerebralen Prozeß noch irgendwelche andersartigen Störungen hinzukommen. Sieht man sich die in der Literatur beschriebenen Fälle daraufhin durch, so findet man, daß es sich überaus häufig um allgemein kachektische Personen handelt, um Fälle von Hirnabscessen, um Metastasen maligner Tumoren, um große Gliome, um marantische Hemiplegiker usw. Die Annahme, daß hier toxische Einflüsse bei der Entwickelung der Atrophien mit spielen, ist sehr naheliegend. Die histologischen Befunde am Rückenmark unseres Falles sprechen durchaus für eine derartige Annahme. Wir fanden diffuse Degenerationen in den langen Bahnen des Rückenmarkes, ohne besonders starke Beteiligung der linken Pyramidenbahn, am stärksten waren überhaupt die Hinterstränge befallen, außerdem Untergang von Zellen, die auf der gelähmten Seite etwas stärker ausgesprochen waren als auf der anderen, so daß die betreffenden Vorderhörner an einigen Stellen etwas atrophisch erschienen. Wir haben also einen diffusen, wahrscheinlich toxisch bedingten Degenerationsprozeß des Rückenmarkes, der sich am stärksten in den Bahnen und Zellen auswirkte, die an sich schon durch den cerebralen Prozeß alteriert waren. Ob diese Erklärung nur für unseren Fall zutrifft oder auch auf die anderen Fälle verallgemeinert werden kann, wage ich nicht zu entscheiden. Für diese Annahme spricht aber, daß in den in der Literatur beschriebenen Fällen, denen eine ganz andere Deutung gegeben wurde, teilweise ganz ähnliche Befunde wie bei den unserigen erhoben wurden. So fand Steinert bei seinem Falle, dem anatomisch ein Gliom des Balkens zugrunde lag, neben degenerativen Prozessen in den Seitensträngen noch gröbere in den Hintersträngen und auch Brissaud bildet in seinen Fällen, wo es sich um Apoplektiker handelt, Querschnittsbilder vom Rückenmark ab, wo sich neben den von Charcot beschriebenen Veränderungen Degenerationen in den Hintersträngen finden.—Aussprache: Creutzfeldt: An der Hand der Präparate des Falles P. wird gezeigt, daß im Rückenmark sowohl auf der gelähmten als auch auf der gesunden Seite Zelluntergang gefunden wird. Die Ausfälle sind anscheinend

Digitized by Google

quantitativ auf der kranken (linken) Seite schwerer. Aber auch da ist in den verschiedenen Segmenten keine Regelmäßigkeit festzustellen. Die Zellen degenerieren in der Form von Schwellungen und späterer Schrumpfung. Entzündliche Veränderungen und Geschwulstmetastasen wurden im Rückenmark nicht gefunden. Das Ergebnis der histologischen Untersuchung spricht also für einen wahrscheinlich toxisch bedingten Degenerationsprozeß, der im Rückenmark in den Vorderhörnern (weniger in den Hinterhörnern und Marksträngen) vorwiegend sich auswirkt, und zwar auf der gelähmten linken Seite schwerer ist als auf der gesunden. Damit sind die spinalen Lähmungserscheinungen, die zu der spastischen Parese hinzutraten, teilweise geklärt. Es ist allerdings keine völlige Deckung der klinischen Symptome und des anatomischen Befundes erreicht, insofern jene schwerer waren als dieser. Vielleicht ist außerdem eine toxische Schädigung der Nerven und der Muskeln anzunehmen. — Toby Cohn: Man muß hier zwei Dinge auseinanderhalten: das Vorkommen von Atrophien und das von Entartungsreaktion bei Hemiplegikern. Für das erstere sind verschiedene Erklärungen möglich; ich will darauf heute nicht eingehen, sondern mich auf das Problem der EaR. beschränken. Hier handelt es sich um eine Frage von grundsätzlicher Bedeutung, nämlich um die Berechtigung unserer Anschauung, daß EaR. ein lokaldiagnostisches Kriterium für Erkrankungen der Vorderhörner und peripherischen Nerven ist. Wenn, wie in dem vorgestellten Falle, neben der Pyramidenbahn auch die Vorderhörner nachweisbar mitbefallen sind, besteht für das Festhalten des bisherigen Standpunktes keine Schwierigkeit. Anders bei den Fällen der Literatur, in denen Vorderhornmitbeteiligung mangels Autopsie oder aus anderen Gründen nicht nachgewiesen wurde. Hier ist Zurückhaltung in der Beurteilung um so mehr geboten, als in den bisher beschriebenen Fällen, soweit sie mir bekannt sind, gewisse Abweichungen vom reinen Typus der EaR. bemerkenswert waren: es fand sich meines Wissens niemals komplette EaR., oft fehlte ein oder das andere Zeichen der EaR., und es waren überdies gewöhnlich — wie auch im heutigen Falle — die distalen Muskelgruppen am meisten befallen, also diejenigen, die auch der Grundschen Abkühlungsreaktion in erster Reihe unterworfen sind. Ich nehme für den hier vorgetragenen Fall nicht an, daß es sich nur um Abkühlung gehandelt hat, um so weniger, als hier ja die Vorderhornerkrankung so deutlich ist, daß sie allein die elektrischen Veränderungen erklärt. Für andere Literaturfälle bleibt indessen die genannte Vermutung bestehen. Im ganzen wäre es vielleicht besser, in ähnlichen Fällen nicht von Hemiplegie mit EaR. zu sprechen, um das Mißverständnis zu verhüten, als wären die elektrischen Veränderungen als Folge von Pyramidenbahnerkrankung anzusehen. — Jacobsohn-Lask schließt sich im wesentlichen dem an, was Herr Toby Cohn zu dem von Herrn Albrecht mitgeteilten Falle bemerkt hat. Es führt zu Mißverständnissen, wenn man einen Fall wie den vorliegenden als „cerebrale Hemiplegie mit Atrophie und Entartungsreaktion" benennt, wo es sich in Wirklichkeit um eine Carcinomschädigung handelt, welche die Störungen des Nerven- und Muskelapparates hervorgerufen hat. Das ungenaue Aushängeschild führt zu dem Glauben, daß es sich um eine Hemiplegie von gewöhnlicher Lokalisation mit ungewöhnlicher, allein durch die Läsion der Pyramidenbahn bedingter Schädigung der Vorderhornzellen handelt, während in Wirklichkeit ein ziemlich banaler Fall vorliegt, bei dem einmal eine Carcinommetastase und zweitens das Carcinomtoxin, die erstere auf die Pyramidenbahn, das letztere auf die Vorderhornzellen primär eingewirkt hat. Es erscheint als eine unnötige Arbeit, immer noch einmal etwas beweisen zu wollen, was wohl wirklich schon genügend bewiesen sein dürfte, daß die Schädigung der Pyramidenbahn allein unwirksam auf die sichtbare Struktur der Vorderhornzelle bleibt. Die Vorderhornzelle ist eine der widerstandsfähigsten des ganzen Zentralnervensystems, weil sie wohl von allen die meisten Zuflüsse hat, so daß bei Unterbrechung eines dieser Zuflüsse, und selbst eines so wichtigen wie der Pyb., sie zwar in beschränkter Funktion, aber doch in unveränderter Struktur erhalten bleibt, und es deshalb niemals zu degenerativer Entartung der Muskulatur kommt. Nur wenn die motorische Zelle des Vorderhorns auch aller sensiblen Zuflüsse beraubt wird, oder wenn sie direkt resp. ihr peripherer Ausläufer stark geschädigt wird, dann tritt diese degenerative Entartung ein. Letzteres ist hier wahrscheinlich durch die Carcinomintoxikation geschehen in ähnlicher Art, wie bei Tuberkulose eine Erkrankung peripherer Nerven von Oppenheim festgestellt worden ist. Daß Vorderhornzellen leichter einer toxischen Schädigung unterliegen, wenn sie schon von anderer Seite eine gewisse Beeinträchtigung erfahren haben, ist wohl verständlich. — Bonhoeffer: Herr Jacobsohn ist den Ausführungen des Herrn Albrecht wohl nicht ganz gefolgt. Es ist durchaus von Interesse der Frage nachzugehen, welche besonderen Verhältnisse an den Vorderhörnern oder der Pyramidenbahn es bedingen, daß sich EaR. in den Muskeln der gelähmten Extremität einstellt und es ist auch mitteilenswert, wenn Herr Albrecht die Kachexie in seinem und anderen Fällen als ein dispositionelles Moment feststellt. — Kramer: Den Ausführungen der Herren Cohn und Jacobsohn gegenüber möchte ich betonen, daß es sich bei der von Herrn Albrecht gezeigten Kranken nicht lediglich um eine Verlangsamung des Zuckungsverlaufs handelt, sondern daß das charakteristische Bild der partiellen Entartungsreaktion vorliegt. Das Bemerkenswerte an den Fällen ist, daß die Entartungsreaktion sich streng auf die hemiplegische Seite beschränkt und daß sie sich hier an fast sämtlichen Muskeln nachweisen läßt. — Simons: Die Beobachtungen sind vom allgemeinen Gesichtspunkt aus sehr bemerkenswert,

Digitized by Google

auch wenn die Tatsache qualitativer elektrischer Störungen als seltene Folge cerebraler Hemiplegie ja schon lange bekannt ist. Die in dem vorgestellten Fall auch von Kramer bestätigte partielle EaR. ist meines Erachtens nur eine der Folgen cerebraler Hemiplegie, die alle dasselbe Problem berühren. Diese Folgen, die ich an einem großen Material von jugendlichen Hemiplegikern im Kriege öfters (wesentlich häufiger als am gewöhnlichen Hemiplegikermaterial) gesehen habe, sind ja gleichfalls aus der Klinik der Hemiplegie bekannt: die gelegentlich hochgradige Muskelatrophie des Arms einschließlich der kleinen Handmuskeln, die manchmal schweren vasomotorischen Störungen und die öfters hochgradige Knochenatrophie. Diese Folgen, die ja selbstverständlich mit Inaktivität nicht das Geringste zu tun haben, erweisen bekanntlich ihre symptomatische Selbständigkeit auch dadurch, daß sie sehr rasch auftreten können und auch noch nach wesentlicher Besserung oder fast völliger Heilung der Lähmung fortbestehen können. So war es auch bei meinen Kranken. Besonders bei ausgedehnten Untersuchungen der Knochenatrophie der Kriegshemiplegiker habe ich mehrfach gesehen, daß sie noch monatelang nach fast völligem Abklingen der Lähmung fortbestand. Wenn man sich weiter erinnert, daß dieselben Symptome in gleicher Stärke auch bei psychogenen Akinesien gelegentlich nachweisbar sind (für den Knochen habe ich es selbst gezeigt), so sieht man, daß für gewisse Folgen und Symptome die Trennung zwischen peripherer und zentraler Lähmung künstlich ist. Gewiß ist es richtig, daß bei cerebraler Hemiplegie noch keine komplette EaR. festgestellt ist, wie Herr Toby Cohn hervorgehoben hat, und sicher hat auch Herr Jacobsohn-Lask recht, daß die Vorderhornzellen nach cerebraler Hemiplegie im allgemeinen noch durch die hinteren Wurzeln so viel Zustrom erhalten, daß die Muskeltrophik und das elektrische Verhalten im allgemeinen nicht grob gestört ist. Aber das sind doch letzten Endes nur graduelle Unterschiede. Herr Albrecht führt in seinem einen Falle die partielle EaR. auf eine allgemeine Schädigung durch Kachexie zurück, bei der zweiten Kranken mit Hemiplegie durch Hirntumor, bei dem ja auch gelegentlich überraschende Abmagerungen ohne Erbrechen vorkommen, könnte man meines Erachtens wohl auch an eine mögliche Schädigung der Trophik und damit der elektrischen Reaktion auf dyskrasischem Wege denken, obwohl die Frau äußerlich nicht kachektisch ist. Aber keiner der von mir beobachteten Fälle mit den genannten auffallenden Symptomen war kachektisch, und weil diese Symptome sicherlich im Symptomenbild der Hemiplegie etwas Besonderes, sicher nur Ausnahmen sind, muß man noch an eine weitere Ursache denken. Wir stellen uns die Folgen der Hemiplegie, so dunkel sie noch im allgemeinen sind, doch noch zu einfach vor. Der Ausfall der Pyramidenbahn kann meines Erachtens ein anderer sein, wenn die motorische Zelle, die unter ihrem Einfluß steht, selbst von einer bestimmten endokrinen Konstellation, einer abweichenden Blutbeschaffenheit oder Ernährung des Gesamtkörpers beeinflußt ist. Ich habe nach meinen Knochenbefunden der Kriegshemiplegiker mir wenigstens diese Verhältnisse so vorgestellt, glaube also, daß bei den Folgen der Hemiplegie immer auch die individuelle Konstellation des peripheren Neurons und sämtlicher Erfolgsorgane zu berücksichtigen ist. Es kommt nicht nur auf das gesamte Nervensystem, sondern auf den ganzen Körper an. — S. Kalischer: Auch ich glaube, daß in diesen Fällen eine Untersuchung der peripherischen Nerven notwendig ist und klärend wirken kann, obwohl ja, wenn man selbst das Vorhandensein einer kachektischen Neuritis annehmen will, damit die Einseitigkeit der EaR. auf der gelähmten Seite nicht begründet wäre und trotzdem eine zentrale Komponente hinzukommen müßte. Was die Abkühlungsreaktion anbetrifft, so glaube ich nicht, daß dieselbe hier bei den mehrfachen Untersuchungen im warmen Raum in Frage kommt, zumal, soweit ich mich erinnere, dabei ja in erster Reihe die faradische Zuckungsträgheit beobachtet wird (was Kramer durch Zuruf mit Recht bestreitet). —

Sachs, Ilse: Besteht ein Zusammenhang zwischen Epilepsie und Tetanie?

Vortr. untersuchte eine Anzahl von genuinen Epileptikerinnen auf Zeichen von Tetanie, und zwar in klinischer und in chemischer Beziehung. Außerdem wurden einige histologische Untersuchungen gemacht. Bei 57 zur Untersuchung gelangten Patientinnen wurden 13 mal Schmelzhypoplasien gefunden, welche von in frühester Kindheit stattgehabten Kalkstoffwechselstörungen zeugen, aber mit keinerlei Sicherheit auf eine durchgemachte Tetanie schließen lassen. Bei 30 Patientinnen wurde einmal Schichtstar, niemals das Trousseausche Phänomen, nie mit Deutlichkeit das Chvosteksche Phänomen festgestellt. Die bei Tetanie bewährte Zufuhr von Kalk und Säure hatte keinerlei Einfluß auf Zahl und Stärke der Anfälle. Es wurde Calciumbromid 4,4 g pro die, Calc. lact. 2,0 g pro die, Acid. citr. 1,0 g pro die, Ammoniumchlorid 0,1 g pro Kilo und die verabfolgt. Um eine Milchsäurewirkung zu erzeugen, mußten einige Patientinnen Turnübungen machen, jedoch auch ohne Erfolg. Hormonale Behandlung der Epilepsie mit selbst hergestelltem Epithelkörperpreßsaft erwies sich ebenfalls als erfolglos. Da bei der Tetanie die Verminderung des Blutkalkgehaltes die augenfälligste Veränderung im Blutchemismus darbietet, wurde der Blutkalkspiegel der Epileptischen untersucht (nach der Methode von de Waard). Dabei wurde gefunden, daß im Intervall der Kalkgehalt des Epileptikerblutes normal, in manchen Fällen leicht erhöht, aber — im Gegensatz zur Tetanie — niemals erniedrigt ist (bei 8 Patientinnen 3 Wochen lang 2 mal wöchentlich

Digitized by Google

kontrolliert). Im Anfall fand sich stets eine nicht unbeträchtliche Erhöhung des Kalkwertes. (Untersuchung bei 16 Fällen. Stärkste Differenz von Intervall- und Anfallskalkwert bot Fall 2 dar: 9,1 mg-% gegen 13,6 mg-%). Weiter wurden die Epithelkörperchen von 3 Epileptischen untersucht. Es konnten keine Veränderungen festgestellt werden. Nach dem Aufgeführten wird die oben gestellte Frage dahin beantwortet, daß ein Zusammenhang zwischen Epilepsie und Tetanie nicht nachweisbar ist. — Aussprache: S. Kalischer: Es ist sehr dankenswert, daß die Vortr. durch neue Untersuchungsmethoden die bekannten Anschauungen über die Beziehungen der Tetanie und Epilepsie zu begründen sucht. Ich selbst habe viele Jahre Kinder mit Tetanie und Epilepsie daraufhin untersucht und den Verlauf bis in das Pubertätsalter verfolgen können. Ich habe nie eine echte Tetanie in echte Epilepsie übergehen sehen; nur einmal beobachtete ich bei einem Kinde Petit mal Anfälle während der Tetanie, die dann dauernd auch nach dem Schwinden der Tetanie bestehen blieben. Diesen Fall möchte ich bei der großen Zahl meiner Beobachtungen auf ein zufälliges Zusammentreffen zurückführen. Was ich wiederholt später noch im 10. bis 15. Lebensjahre bei Kindern, die früher an Tetanie gelitten hatten, beobachtet habe, sind Anfälle von Parästhesien und Schmerzen in den Extremitäten, die mit Spasmen oder Muskelspannungen nichts zu tun hatten; denn es fehlten hier alle motorischen Anfälle, nur waren zuweilen gesteigerte Erregbarkeit (mechanisch und elektrisch), Trousseau usw. vorhanden. Diese Form der chronischen oder rezidivierenden sensiblen Tetanie erinnert an die Parästhesien, die Förster bei seiner Hyperventilationstetanie beobachtet hat und die Straus und Guttmann bei den Akroparästhesien Klimakterischer auf tetanischer Basis beschrieben haben. Die therapeutischen Einflüsse, die auf die Tetanie große Wirkung ausüben, wie Calcium und Änderungen der Ernährung beeinflußten den Verlauf der genuinen Epilepsie bei Kindern gar nicht, und die Abweichungen, die diese letzteren von der normalen elektrischen Erregbarkeit zeigten, sind kaum nennenswert. Mir scheint, daß eine echte Tetanie wenn überhaupt, sehr selten in echte Epilepsie übergeht, und umgekehrt, daß die echte idiopathische Epilepsie fast nie oder sehr selten mit echter Tetanie verbunden ist. Ich sehe solche Misch- oder Übergangsformen nicht. — Peritz findet, daß das Chvosteksche Symptom bei den Epileptikern genau so häufig vorkommt wie bei anderen Spasmophilen. Auch die elektrische Untersuchung zeigt, daß bei den Epileptikern außerordentlich häufig eine elektrische Übererregbarkeit besteht, und zwar beträgt die A.S.Z. 1—2 mA. In der gleichen Höhe ist die A.Ö.Z. Die A.Ö.Z. ist häufig niedriger als die A.S.Z., der K.S.T. tritt in den meisten Fällen zwischen 2 und 3 mA auf. Hin und wieder beobachtet man auch eine K.Ö.Z. Es besteht also bei diesen Menschen eine erhebliche Erniedrigung der elektrischen Reizschwelle, die durchaus der Erniedrigung bei der Tetanie gleicht. Zugeben muß ich Frl. Sachs, daß die Kalkwerte im Serum an der oberen Grenze des Normalen liegen. Es ist wohl die Frage aufzuwerfen, ob wir mit der Bestimmung der Kalkwerte im Blut den richtigen Weg einschlagen. Es ist sehr leicht möglich, daß in den Geweben der Kalkgehalt sehr niedrig ist, während sich im Blut Kalk findet, welcher nicht mehr reaktionsfähig ist und ausgeschwemmt wird. Erst in den schweren Fällen, wie sie die Tetanie darstellen, käme es, wenn diese Anschauung richtig ist, zu einer Kalkverarmung im Blute. Nach Ansicht von Peritz ist die Fragestellung Epilepsie und Tetanie nicht richtig. Die Frage muß vielmehr lauten: „Haben Epilepsie und Spasmophilie die gleiche konstitutionelle Grundlage?", und das möchte Peritz als sicher annehmen. Diese konstitutionelle Grundlage beruht in der spasmophilen, angiospastischen Grundlage. Kommt es zu einer schweren Insuffizienz oder zu einer Entfernung der Beischilddrüsen, so entsteht eine Tetanie. Bei dauernder geringer Dysfunktion bilden sich die verschiedensten spasmophilen, angiospastischen Symptomkomplexe aus. — Siegheim: Die Bedeutung des Kalk- wie des Chlorspiegels für die Genese des epileptischen Anfalls ist durchaus ungeklärt; neuere Untersuchungen (Freudenberg, Mainzer, Behrendt und Siegheim) sprechen mehr für osmoregulatorische Störungen im Sinne der Cl-Erhöhung. Die Hyperventilations-Adrenalinversuche von Behrendt und Siegheim machen neben corticalen auch subcorticale und periphere Anfallsursachen wahrscheinlich. Auf der Grundlage einer einheitlichen Krampfbereitschaft (vegetative Zentren?) wären immerhin Übergänge bzw. interferierende Erscheinungen tetanischer und epileptischer Art denkbar. Herrn Kalischer gegenüber wird betont, daß S. bei seinem Epileptikermaterial sehr häufig periphere galvanische Übererregbarkeit fand: er vermißte sie nie bei den Fällen, die bei Hyperventilation und intravenöser Adrenalinzufuhr starke paradoxe Ausschläge der Blutdruckkurve zeigten. — S. Kalischer: Ich möchte Herrn Peritz fragen, ob er jemals bei echter Epilepsie das Eintreten der Ka.Ö.Z. unter 5 mA gesehen hat, was doch bei der Tetanie fast die Regel ist. Es kommt ja hier auf den Grad der Übererregbarkeit an, nicht auf geringe Schwankungen und Differenzen. Das Chvosteksche Symptom, das auch bei nervösen, erregbaren Kindern ohne Tetanie gelegentlich vorkommt, kann allein die Diagnose der Tetanie nicht rechtfertigen. Ich möchte hier noch bemerken, daß die epileptischen Krampfanfälle selbst bei den Kindern mit Tetanie in keiner Weise sich von den Anfällen bei idiopathischer Epilepsie unterscheiden. — Sachs (Schlußwort): Die Übererregbarkeit kann bei Epilepsie bestehen, sie braucht aber nichts mit Tetanie zu tun haben. Nach Eigenberichten (durch *K. Löwenstein*).

Digitized by Google

Aus den wissenschaftlichen Sitzungen der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie (Kaiser Wilhelm-Institut) in München.

Plaut, F.: Subdurale Injektionen von Paralytikerliquor bei Kaninchen. Dtsch. Forschungsanst. f. Psychiatrie, Kaiser Wilhelm-Inst., München, Sitzg. v. 18. II. 1926.

Nach subduraler Injektion von Paralytikerliquor bei Kaninchen beobachteten Hoff und Pollak regelmäßig Encephalitiden, die mit Liquorveränderungen einhergingen, während normaler Liquor und Tabikerliquor keine Encephalitis herbeiführte. Die encephalitischen Veränderungen bei den Paralysekaninchen waren nicht einheitlicher Art. Zuverlässige Anhaltspunkte für die von den Autoren vertretene Auffassung, die Encephalitis beruhe auf einer „spezifisch luetischen Infektion" und stelle den „allein für die experimentelle Paralyse pathognomischen Befund" dar, konnten unseres Erachtens nicht beigebracht werden. Nachprüfungen an 8 Kaninchen ergaben in keinem Falle das Auftreten von Liquorveränderungen und von Encephalitis nach subduraler Paralytikerliquorinjektion. Ebenso blieben die subdural mit normalem Liquor gespritzten Kaninchen frei. Die Auffassung von Hoff und Pollak, Paralytikerliquorinjektionen führen mit Sicherheit beim Kaninchen zu Encephalitis, konnte somit nicht bestätigt werden. Die weitgehenden Schlußfolgerungen, die Hoff und Pollak hinsichtlich der Bedeutung des Liquor für Entstehung und Progredienz des paralytischen Prozesses im Gegensatz zu der des Liquor bei Tabes und hinsichtlich der Differenz des paralytischen und des tabischen Prozesses überhaupt aus dem Ausfall ihrer Untersuchungen gezogen haben, erscheinen revisionsbedürftig. (Näheres wird in der „Klinischen Wochenschrift" mitgeteilt werden.) — Aussprache: Jahnel mahnt in Übereinstimmung mit Plaut zur Vorsicht bei ätiologischen Schlußfolgerungen aus histopathologischen Befunden, insbesondere beim Tier. Selbst endarteriitische Bilder sind bei tierischen Encephalitiden (Hundestaupe) beschrieben worden, auch hat Jahnel solche bei spontaner Kaninchenencephalitis beobachtet.

Plaut, F.: Trypanocide Substanzen im Serum und Liquor von Geisteskranken. Dtsch. Forschungsanst. f. Psychiatrie, Kaiser Wilhelm-Inst., München, Sitzg. v. 25. II. 1926.

Das menschliche Serum enthält sog. trypanocide Stoffe, die die Maus vor der sicher tödlichen Trypanosomeninfektion zu schützen vermögen. Im Schutzversuch an der mit Nagana-Trypanosomen geimpften Maus wurde die trypanocide Kraft der Sera von Geisteskranken geprüft. Wie schon an anderer Stelle (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **101**, 512. 1926) mitgeteilt wurde, ergaben sich bei Verwendung von 0,1 ccm Serum — die Dosis wurde absichtlich so niedrig gewählt, um Unterschiede überhaupt hervortreten zu lassen — weitgehende individuelle Differenzen innerhalb der verschiedenen Krankheitsgruppen. Die Untersuchungen wurden vor allem deshalb vorgenommen, um festzustellen, ob die Trypanocidie, diese in ihrem Wesen ungeklärte physiologische Serumfunktion, die mit der Leber in Beziehung zu stehen scheint, bei der Paralyse Schaden leide. Hierfür hat sich kein Anhaltspunkt ergeben. Die Mehrzahl der Paralytiker wies sogar einen besonders hohen trypanociden Serumtiter auf. Die Gruppe der Psychopathen schnitt vergleichsweise erheblich schlechter ab; Sera mit relativ geringer trypanocider Wirksamkeit waren hier viel häufiger; die Form der Psychopathie schien dabei ohne Bedeutung zu sein; sehr verschiedenartige psychopathische Typen zeigten einheitliches trypanocides Verhalten, und gleichartige Typen konnten weitgehend differieren. Die Schizophrenie und die Melancholie nahmen eine Mittelstellung ein. Bei jeder Gruppe fanden sich jedoch alle Abstufungen des Grades der Trypanocidie. Abhängigkeit der Trypanocidie von klinischen Zustandsbildern (Stupor, Erregung usf.) war bei keiner der untersuchten Gruppen nachweisbar. Die Untersuchungen wurden auch auf die Epilepsie ausgedehnt, um zu ermitteln, ob der epileptische Anfall von Einfluß auf das trypanocide Verhalten der Sera sei. Der epileptische Anfall erwies sich als unwirksam. Blutproben während und in verschiedenen Abständen nach dem Anfall sowie im freien Intervall entnommen, konnten bei demselben Kranken sich ganz übereinstimmend verhalten — bald hohen, bald geringen Schutz geben. Soweit Unterschiede bei zeitlich auseinander liegenden Blutentnahmen bei der Epilepsie hervortraten, waren sie unabhängig vom epileptischen Anfall. Ein Schwund der trypanociden Substanzen, wie er bei cholämischem Ikterus und bei Leberinsuffizienz beobachtet worden ist (Ehrlich, Rosenthal), konnte niemals festgestellt werden. Bei den untersuchten Geisteskranken handelte es sich nur um Titerschwankungen innerhalb der physiologischen Breite, um Schwankungen, die bei Verwendung hoher Serumdosen nicht zum Ausdruck kamen. Da die Prüfung auf Trypanocidie in gewissem Sinne eine Leberfunktionsprobe bedeutet, erscheinen weitere Versuche im Hinblick auf die Kombination von Leberstörungen und Erkrankungen des striären Systems bei Wilsonscher Krankheit, Paralysis agitans, Encephalitis epidemica usw. angezeigt. Einige Fälle von postencephalitischem Parkinsonismus zeigten durchschnittliche trypanocide Werte. Ferner wurden Liquores auf trypanocide Substanzen untersucht. Den mit Trypanosomen intraperitoneal geimpften Mäusen wurde jeweils 1 ccm Liquor subcutan eingespritzt. Normale Liquores und solche von Paralytikern, Tabikern und Hirnsyphilitikern erwiesen sich als gänzlich frei von trypanociden Stoffen. Keine mit Liquor behandelte

Digitized by Google

Maus überlebte die zugehörige Kontrollmaus auch nur um einen Tag. Hingegen ließen sich bei akuten Meningitiden trypanocide Stoffe im Liquor nachweisen. Von 9 Fällen von eitriger, meist otogener Meningitis waren 4 trypanocid; in einem Fall blieb die Erkrankung der Maus gänzlich aus, in 2 Fällen überlebten die Liquormäuse die Kontrollmäuse um 8 Tage, in einem Fall um 4 Tage. Eine Abhängigkeit von der Stärke der entzündlichen Liquorveränderung zeigte sich nicht. Unter den 5 nicht trypanociden Liquores waren auch solche mit besonders hohen Zellzahlen (über 7000 Zellen). Eine Beobachtung weist auf die Möglichkeit hin, daß im Beginn der Meningitis die Durchtrittsbedingungen für die trypanociden Stoffe in den Liquorraum günstiger liegen als auf der Höhe der Erkrankung. In einem Falle (Meningitis nach Otitis) zeigte der Liquor, als die ersten entzündlichen Veränderungen aufzutreten anfingen (42 Zellen), hohe trypanocide Kraft. 4 Tage später, nachdem die Meningitis voll entwickelt war und sich 6000 Zellen pro Kubikmillimeter fanden, war der trypanocide Titer wesentlich niedriger. Von 4 Liquores von tuberkulöser Meningitis ließen 3 trypanocide Stoffe völlig vermissen; in einem Falle waren sie in Spuren nachweisbar. Die Untersuchungen lassen erkennen, daß grundsätzlich auch im Liquor trypanocide Stoffe auftreten können, daß sie jedoch auch bei erhöhter Durchlässigkeit der Meningen die Blut-Liquorsperre nicht regelmäßig zu passieren vermögen.

Bostroem: Krankenvorstellung: Paranoia mit zirkulären Schwankungen. Dtsch. Forschungsanst. f. Psychiatrie, Kaiser Wilhelm-Inst., München, Sitzg. v. 4. II. 1926.

Es handelt sich um eine Paranoische, bei der von Hause aus sensitive Züge im Vordergrund stehen. Eine mißtrauische Einstellung war sehr früh schon deutlich ausgeprägt. Im Laufe des Lebens kam es nach anfänglich mehr diffusen Beeinträchtigungsideen unter dem Einfluß einer unglücklichen Liebesneigung zu einem im wesentlichen systematisierten Wahngebäude, bei dem der Geliebte eine dominierende Rolle spielt, wenngleich die Beeinträchtigungsideen sich auch anderen Leuten gegenüber äußern. Die Wahnideen sind aber offenbar nicht durchaus kontinuierlich, sondern erheblichen Schwankungen unterworfen, derart, daß zeitweise von den Wahnideen, die allerdings wohl nie ganz aufgegeben wurden, kaum Gebrauch gemacht wird. Andererseits kommt es wieder zu ausgesprochen krankhaften Zeiten, in denen man von den sensitiven Zügen der Patientin überhaupt nichts merken kann, in denen die Patientin mit erheblichem Selbstbewußtsein stärkere querulatorische Neigungen bekundet. Diagnostisch kann ein Prozeß trotz gewisser Erscheinungen, die dafür verwertet werden könnten, wohl als unwahrscheinlich angesehen werden. Es bleibt die Frage, ob wir es hier mit einer im wesentlichen als Paranoia anzusprechenden Erkrankung zu tun haben, oder ob es sich um eine ungewöhnliche Erscheinungsform des manisch-depressiven Irreseins handelt. Für beide Auffassungen lassen sich verschiedene Momente anführen, insbesondere sind Stimmungsschwankungen in ihrem Leben sehr ausgeprägt. Ausschlaggebend scheint zu sein, daß die Wahnideen sich nicht aus manischen Phasen oder Mischzuständen heraus entwickeln, sondern offenbar ganz unabhängig von der zweifellos auch vorhandenen zirkulären Anlage existieren. Man wird daher das Paranoische bei der Kranken wohl diagnostisch am höchsten zu bewerten haben, aber es muß gesagt werden, daß auch manisch-depressive Züge bei der Auslösung und dem Ablauf, ganz besonders auch bei der Symptomfärbung, beteiligt sind. Man wird daher das Krankheitsbild am besten als Paranoia mit manisch-depressiven Schwankungen zu bezeichnen haben. (Fall wird ausführlich bearbeitet.) — Aussprache: Kraepelin betont die Unmöglichkeit, über einen so schwierigen Fall bei einmaliger Untersuchung ein zuverlässiges Urteil zu gewinnen. Dennoch möchte er im Hinblicke auf das Verhalten der Kranken nach so langer Dauer ihres Leidens die Annahme einer Dementia praecox ablehnen. Gegen eine manisch-depressive Erkrankung scheint das Fehlen ausgeprägterer Stimmungsschwankungen und völlig freier Zeiten zu sprechen. Andererseits ist auch kein einheitliches, fortschreitendes, unerschütterliches Wahnsystem erkennbar. Ähnliche Beobachtungen haben seinerzeit zur Aufstellung des „präsenilen Beeinträchtigungswahns" geführt, dessen Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein späterhin wahrscheinlicher geworden sind. Das Auftreten paranoischer Wahnbildungen bei manisch-depressiven Kranken ist ja genügend bekannt. Die Einordnung des vorliegenden Falles wird davon abhängen, ob der Wahn dauernd festgehalten und ausgebaut wird oder mit der Stimmungslage wechselt; letzteres ist vielleicht eher zu erwarten. — Hölzel-Haar möchte, da er die Kranke von der Anstalt her kenne, einige Bedenken gegen die Annahme einer manisch-depressiven Erkrankung geltend machen, zunächst das Fehlen eines überzeugenden manisch-depressiven Phänomens. Die Angst sei bei ihr nie psychologisch unmotivierbar, sondern entweder die Spannung der Wahnbereitschaft oder die Reaktion auf eine Beobachtung im Sinne ihrer Wahnideen; sie sei auch nicht mit Hemmung verbunden; die Kranke schreibe vielmehr genau so viel, ob sie nun ängstlich, gedrückt oder heiterer Stimmung sei. Ihre hypochondrischen Klagen seien oft von der Stimmung nicht ersichtlich abhängig, sondern umgekehrt. Ihre Nahrungsverweigerung komme nicht von melancholischem Appetitmangel, sondern sie habe bisweilen bei einem Angehörigenbesuch einen ganzen Kuchen aufgegessen. Wenn es einem Arzt, gegen den sie nicht paranoisch eingestellt sei, leicht falle, mit ihr in Kontakt zu kommen, so erkläre sich das aus ihrer Abwehrstellung gegen ihre Verfolger. Sonst sei sie auch gegen indifferente Kranke recht verschlossen und durchaus unaltruistisch. Sie halte in der Anstalt nur Freundschaft mit einer Arteriosklerotischen, der

Digitized by Google

sie von ihrem Essen beibringe und mit der sie das Bad tausche, um etwaige Vergiftungserscheinungen bei der Alten festzustellen und für ihre wahnhaften Behauptungen verwerten zu können. In der Aszendenz spreche nichts für manisch-depressives Irresein; der absonderliche und eifersüchtige Vater erkläre manches an ihrer Charakterveranlagung. Der Verlauf gebe keinen Beweis für eine manisch-depressive Erkrankung. Die Veränderung habe bereits im Pubertätsalter begonnen und sich nie mehr verloren. Die Schwankungen dürften sich alle exogen erklären lassen. Auch daß sie bei ihrem letzten Anstaltsaufenthalt sich wesentlich besser gefühlt habe, rühre daher, daß sie gegen Hölzel infolge einer Beeinflussung von der Klinik her von Anfang an nicht wahnhaft eingestellt war, sondern ihm alles anvertraute. Freilich lasse sich bei der Kranken eine affektive Verblödung nicht nachweisen, wenn sie auch einen reichlich einfältigen Eindruck mache, der allerdings sich mit anderen infantilen Zügen decke. Sie sei wohl von Haus aus eine mißtrauische, empfindliche, egozentrische und sehr geltungssüchtige Persönlichkeit. Bei dem Mangel eines wirklich überzeugenden manisch-depressiven Symptoms hätte Hölzel doch Bedenken gegen eine so weitgehende Dehnung des nosologischen Begriffs. — Kahn: Die Beobachtungen des Herrn Hölzel an der Kranken scheinen mir doch durchaus dafür zu sprechen, daß wir es hier mit einer autistischen Persönlichkeit zu tun haben. Es scheint sich doch wohl um eine Paranoische mit Stimmungsschwankungen zu handeln; gewiß wird man darüber streiten können, ob diese Stimmungsschwankungen als manisch-depressives Irresein aufzufassen sind. Im ganzen spricht dieser Fall wie viele andere meines Erachtens durchaus gegen die von Ewald neuerdings vertretene Anschauung über die Rolle des Hypomanischen in der Paranoia. Will man das Hypomanische grundsätzlich als eine „Plusleistung" ableiten, wie Ewald es zu tun versucht, so wird man selbstverständlich jeden Paranoiker als hypomanisch bezeichnen müssen, weil die paranoische Wahnbildung an sich schließlich auch als „Plusleistung" aufgefaßt werden kann. Mir scheint zur Zeit immer noch Langes Hypothese von der paranoischen Anlage den tatsächlichen Verhältnissen am nächsten zu kommen. Damit soll nicht gesagt sein, daß es nicht Manisch-Depressive gibt, bei denen paranoide und auch paranoische Syndrome im Manisch-Depressiven selbst wurzeln können. — Bumke stimmt im wesentlichen mit den Ausführungen von Herrn Bostroem und Herrn Kraepelin überein. Für autistisch, wie Herr Kahn, kann er die Kranke nicht halten, und die Möglichkeit einer schizophrenen Basis der paranoischen Entwicklung möchte er schon deshalb ablehnen, weil man mit der Kranken in einen so vorzüglichen persönlichen Rapport gelangen kann. Hauptsächlich mit Rücksicht auf die Ausführungen von Herrn Hölzel betont Bumke, daß man doch wohl nicht berechtigt ist, die Frage paranoide oder manisch-depressive Konstitution so hart auf ein Aut-Aut zu stellen. Wenn wir eine manisch-depressive Konstitution diagnostizieren, so bedeutet das doch nicht dasselbe, als wenn wir die Syphilis oder die Tuberkulose feststellen. Es ist doch durchaus denkbar, daß die Natur Übergänge zwischen all diesen psychopathischen Konstitutionen schafft, und daß insofern die Frage manisch-depressiv oder paranoisch-sensitiv in manchen Fällen falsch gestellt ist. Daß Specht insofern Recht behalten hat, als eine große Anzahl von paranoischen Entwicklungen in sehr engen Beziehungen zum manisch-depressiven Formenkreis steht, darf man aber heute wohl als festgestellt betrachten. — Bostroem (Schlußwort): Das Wahnsystem ist in der Tat nicht so einheitlich, wie es im allgemeinen von einer regelrechten Paranoia verlangt wird. Es ist auch nicht so unerschütterlich, weil immer wieder gelegentlich Zweifel und Bedenken bei der Patientin auftauchen. Herrn Hölzel möchte ich folgendes erwidern: Aus der Vorgeschichte geht mit großer Wahrscheinlichkeit hervor, daß mindestens zwei länger dauernde Perioden im wesentlichen frei von paranoischen Erscheinungen gewesen sind. Exogene Einwirkungen auf ihre Stimmung werden selbstverständlich zugegeben. Einen Teil der Stimmungsschwankungen möchte ich jedoch unbedingt für endogen halten. Auf Stimmungsschwankungen möchte ich vor allem aber doch den sehr auffallenden Wechsel zwischen sensitiv-paranoischen Erscheinungen und ausgesprochen querulatorischer Betätigung zurückführen. Wenn ich auch nicht glaube, daß die Erkrankung sich lediglich als ein manisch-depressives Irresein auffassen läßt, so bin ich doch der Meinung, daß ohne eine manisch-depressive Komponente vieles bei der Erkrankung, insbesondere beim Verlauf unerklärbar bleiben würde. Daß die Kranke autistisch ist, wie Herr Kahn meint, glaube ich nicht.

Lange: Unklare Krampfkrankheit.

14jähriger Knabe; Vater und zwei Geschwister sowie Patient selbst linkshändig; Mutter, eine Schwester, Patient Kropf; Vater Potus. Normal geboren, im 1. Lebensjahr gesund. Gelegentlich der Impfung am Ende des 1. Jahres erster eklamptischer Anfall. Vom 2. bis zum 7. Lebensjahr bei allen schwereren Infektionen (Diphtherie, Keuchhusten, Bronchitis, Anginen, Masern, Furunculose) immer von neuem allgemeine Krampfanfälle. Dazwischen bis zu 7 Monaten anfallsfrei. Einmal ein respiratorischer Affektkrampf beobachtet. Nie tetanische Erscheinungen. Vom 7. Lebensjahr ab mit Schulbeginn Anfälle von Tachykardie mit Bewußtseinsumdämmerung und unsinnigen Handlungen. Anfälle schließen vielfach an psychische Erregungen an, begleiten aber mit Vorliebe auch Infektionen. Im 9. Lebensjahr wachsende Struma, Kropfherz; gelegentlich elektrische Übererregbarkeit (KOeZ 3, 4) beobachtet. Seither keine entsprechenden Erscheinungen mehr bis auf die Anfälle von Tachykardie, die auch nachts,

Digitized by Google

immer serienweise, auftreten, sonst nur bei unangenehmen Gelegenheiten, bei denen vielfach wohl auch rein hysterische Zustände zur Beobachtung kommen. Vereinzelt aber auch ganz unvermittelt kurzdauernde Anfälle von Bewußtseinsumdämmerung mit Tachykardie, wobei der Knabe sich nicht mehr zurechtfindet, seinen Schlitten verliert, in Gefahr kommt, sich zu verletzen. Verschiedenste Medikationen, Brom in allen Formen, Calcium usw. bringen keine entscheidende Besserung. Auf Anfrage der Schule hin, ob lediglich hysterische Zustände anzunehmen seien, Versuch mit Hyperventilation, der nur zu leichten tetanischen Erscheinungen führt. Bei Wiederholung des Versuches nach 8 Tagen schon zu Beginn erhöhte elektrische Erregbarkeit. Während der Hyperventilation nach wenigen Minuten schwerste tetanische Erscheinungen. Unmittelbar nach Aufhören der forcierten Atmung Umsinken, tonischer Streckkrampf, gefolgt von allgemeinem Tremor des Körpers. Tiefe Cyanose, Pupillenstarre; Dauer 20 Sekunden; vollkommene Amnesie. Darnach ist anzunehmen, daß bei dem Knaben eine wechselnde epileptische Krampfbereitschaft besteht. Für die Diagnose genuine Epilepsie läßt sich das Auftreten des epileptiformen Anfalles allein nicht verwerten. Es könnte bei dem Knaben durchaus eine der sog. intermediären Krampfformen, die von den Kinderärzten beschrieben werden, vorliegen. Dafür würde die Tatsache ins Feld zu führen sein, daß der Knabe ein lebhafter, ziemlich aufgeregter, sehr ungezogener, rüpelhafter Schüler ist, der keinerlei epileptische Charakterzüge darbietet. Auffallend ist jedoch, daß die Schulleistungen entschieden abgenommen haben, daß, wenn auch die Erblichkeit der Epilepsie nicht nachgewiesen werden kann, so doch die Linkshändigkeit in der Familie erblich ist. Eine sichere Entscheidung ist nicht möglich. Dagegen ist anzunehmen, daß gelegentlich auch in der Schule einmal epileptiforme Krampferscheinungen aufgetreten sein mögen. Man könnte sich den Zusammenhang dann so denken, daß mit der psychogen ausgelösten Tachykardie eine Polypnöe sich einstellt, die im Sinne der Hyperventilation wirkt und bei erhöhter Krampfbereitschaft nunmehr den epileptiformen Anfall zur Auslösung bringt. Daß solche Zusammenhänge tatsächlich möglich sind, hat uns eindeutig eine Kranke bewiesen, die bei einer durch einen schweren Alkoholexzeß erhöhter Krampfbereitschaft im Anschluß an offensichtlich hysterische Anfälle epileptiforme Zustände bekam, und zwar, wie sich experimentell zeigen ließ, durch die bei den hysterischen Anfällen bestehende forcierte Atmung. Es wird weiterhin auf eine sicher genuin-epileptische Kranke hingewiesen, die zugleich hysterische Anfälle hat und bei der einmal das Übergehen eines psychogen ausgelösten zweifellos hysterischen Anfalls mit Polypnöe in einen epileptischen Krampf beobachtet wurde. Solche Beobachtungen liegen vielleicht der sog. Hysteroepilepsie zugrunde. Endlich wird die Frage aufgeworfen, ob nicht auch die Anfälle elementaren Charakters bei jener Gruppe von Menschen, die als Affektepileptiker bezeichnet werden, gelegentlich auf ähnliche Weise zustande kommen können wie bei der oben kurz erwähnten Kranken. — Aussprache: Kraepelin möchte bei der Annahme einer genuinen Epilepsie in den besprochenen Fällen zur äußersten Vorsicht raten. Wenn es wirklich gelingt, durch übermäßige Lüftung hysterische Anfälle in epileptiforme überzuführen, so wird man dabei schwerlich an genuine Epilepsie denken dürfen; hysterische und epileptiforme Anfälle kommen auch sonst nebeneinander vor, so bei der Affektepilepsie und beim Alkoholismus. Die Anfrage des Herrn Bumke glaubt Kraepelin dahin beantworten zu können, daß bei Affektepileptikern in der Tat Anfälle zur Beobachtung kommen, die sich von denjenigen bei der genuinen Epilepsie nicht unterscheiden lassen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß ja auch diese letzteren sehr verschieden sein können. Ein brauchbares Kennzeichen, um „organisch" bedingte Anfälle als solche zu erkennen, scheint es bisher nicht zu geben.

Lange: Fall von Pickscher Atrophie.

Jetzt 52jährige Frau; Vater Potator, Schwester geisteskrank. Normale Entwicklung. Nie ernstlich krank; außerordentlich tüchtige Hotelbeschließerin, die Jahrzehnte an der gleichen Stelle war. Um das 50. Jahr herum, kurz vor der Menopause, allmähliche Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit, Gedächtnis-, Merkschwäche, Konzentrationsunfähigkeit; sehr bald Unfähigkeit zu schreiben. Allmähliches Fortschreiten der Erscheinungen. Keinerlei Hinweis auf Lues, keine Arteriosklerose, keine neurologischen Ausfälle. Normale Sehschärfe, normales Gesichtsfeld. Im Gesamtverhalten geordnet, freundlich, gutmütig, weich. Schweres Krankheitsgefühl. Besorgt sich selbst. Keine Wahnideen und Sinnestäuschungen. Zustand hochgradiger Demenz. Dabei unmittelbares Behalten gut; Merkfähigkeit, optisch wie akustisch, gestört, doch nicht sehr hochgradig. Erhebliche Gedächtnisausfälle. Optisches Gedächtnis nicht gröber gestört, als der allgemeinen Gedächtnisleistung entspricht. Mangelndes Verständnis für alle schwierigeren Zusammenhänge, so schon für ganz einfache Geschichten. Kann aber auch nur etwas kompliziertere Rhythmen nicht wiedergeben, kompliziertere Gegenstände taktil nicht erkennen, optische Gestalten, wenn sie nicht ganz einfach sind, nicht auffassen. Hier offenbar die gröbsten Störungen. Dabei ist die Sprache ganz oder nahezu intakt; nur vereinzelt verbale Paraphasien. Versagen der Benennungen nur, wenn die optische Gesamtsituation zu schwierig ist. Lesen intakt bei schweren Verständnisstörungen. Dagegen werden oft Einzelbuchstaben nicht erkannt. Einzelziffern werden immer erkannt; doch können zweistellige Zahlen nicht gelesen werden. Schreiben schwer gestört. Am schwersten das Nachmachen schon einfacher geometrischer Figuren; Zeichnen, Hölzchenlegen gänzlich unmöglich. Aus komplizierteren optischen

Digitized by Google

Zusammenhängen werden immer nur Einzelheiten erfaßt. Praxie im groben intakt. Dagegen einmal schwere Störungen der Rechts-Linksorientierung. Patientin findet sich im Raum nicht zurecht. Nach der Encephalographie vorübergehend Farbennamenamnesie. Es liegt bei der Patientin vor ein langsam fortschreitender Verblödungsprozeß, der zu schwersten Intelligenzstörungen geführt hat. Diese betreffen alle allgemeinen Funktionen, jedoch ganz vorwiegend die optischen und optisch-räumlichen Vorgänge. Für eine metaluetische oder arteriosklerotische Erkrankung liegen keine Anhaltspunkte vor. Für die Alzheimersche Krankheit fehlen alle charakteristischen Erscheinungen. Eine beginnende Alzheimersche Erkrankung würde wohl zunächst schwerste Merkstörungen hervorrufen und keine lokalisierten Erscheinungen erzeugen. Am nächsten liegt die Annahme einer Pickschen Krankheit, wobei man annehmen müßte, daß hier die Lappenatrophie ganz vorwiegend das Parieto-Occipitalgebiet betrifft. Die Zeit des Erkrankungsbeginns würde sich durchaus mit dieser Annahme vereinen lassen. Einzelne der beschriebenen Fälle von Picksoher Krankheit haben auch Atrophien zum mindesten im Parietalgebiet. Eine vorgenommene Encephalographie zeigt erweiterte Ventrikel, eine ausgesprochene Füllung der Räume um das Stirnhirn, die entschieden für atrophische Prozesse spricht, ferner, soweit das die Aufnahmen erkennen lassen, eine Luftfüllung erheblicherer Art in der Pario-Occipitalgegend. Dieser Befund läßt sich wohl mit der Annahme einer im Sinne der Befunde lokalisierten Pickschen Krankheit vereinen. — **Aussprache: Bostroem** gibt zu bedenken, ob angesichts der doch sehr im Vordergrund stehenden optisch-räumlichen Störung nicht auch mit einer Hinterhauptsatrophie gerechnet werden muß. Wenn man dieser Annahme nähertreten will, so könnte der Fall evtl. zur Ergänzung der Peritzschen Aufstellungen über den Zusammenhang von Rechenstörungen mit Hinterhauptsherden verwandt werden.

Guttmann: CO-Vergiftung.

Die Kranke zeigt zunächst eine deutliche Akinese: Ihre spontane Mimik ist gering. Beim Gehen fehlen die Mitbewegungen der Arme. Überläßt man sie sich selbst, so steht sie herum oder liegt halb aufgerichtet im Bette. Bedroht man sie, so weicht sie wohl mit dem Kopfe aus, macht aber nur selten Abwehrbewegungen mit den Händen und Armen. Wenn sie sich überhaupt wehrt, so erst nach unverhältnismäßig langer Zeit. Diese Erscheinungen waren früher noch wesentlich ausgeprägter. Die Kranke lag in ganz abnormer Stellung im Bette und behielt jede den Gliedern erteilte Stellung bei. Die Abwehrbewegungen fehlten anfangs ganz. Während ursprünglich ein Korsakowscher Symptomenkomplex vorlag, der von deliranten Phasen durchbrochen wurde, wie **Seelert** die Kohlenoxydvergiftungen beschrieben hat, handelt es sich zur Zeit psychisch um einen eigenartigen Demenzzustand. Merkfähigkeit und Gedächtnis sind augenblicklich intakt. Die Kranke ist orientiert, faßt auf und gibt zum Teil auch ganz zutreffende Antworten. Aber bei höheren Denkleistungen fällt auf, daß ihr die eigene Kritik fehlt, die Kritik und vielleicht auch das Interesse für das Geleistete. Sie platzt mit irgendeiner Antwort heraus, die manchmal richtig, oft aber falsch ist, korrigiert auch auf Vorhalt nicht, läßt sich andererseits eine Meinung einreden, so daß schließlich das Bild einer Urteilsschwäche resultiert. Dabei darf man aus dem Wechsel der Erscheinungen schließen, daß es sich nicht so sehr um Verlust psychischen Materials als um eine zeitweise Unfähigkeit und Ungeschicklichkeit darüber zu disponieren handelt. Im Verein mit der euphorischen Grundstimmung kam zeitweise, besonders als Patientin so weit war, die komische Wirkung ihrer Antworten auszubeuten, ein moria-ähnliches Bild zustande. Charakteristisch ist z. B. von früheren Äußerungen: „Woher stammt die Wolle?“ „Vom Schaf.“ „Und die Baumwolle?“ „Das weiß ich nicht.“ „Von welchem Tiere kommt dann die Baumwolle?“ „Vom Esel.“ „Und die Leinwand?“ „Ja ich glaube vom Pferd.“ Oder: „Was für ein Fest feiern wir in diesen Tagen?“ „Weihnachten.“ „Warum wird Weihnachten gefeiert?“ „Alle Jahre ist das Fest.“ „Warum nicht im August?“ „Weil man da keine Christbäume hat.“ Oder: „Sie sollen einem Kinde den Kopf abgebissen haben.“ „Ich hab doch keines.“ Aus der Vorgeschichte der Kranken ist noch folgendes nachzutragen: Sie befand sich die Nacht vom 20. zum 21. IX. mit ihrem kleinen Neffen in einem Zimmer, in dem aus undichten Röhren Gas ausströmte. Früh um 6 Uhr hörten Nachbarn sie noch umhergehen, um 10 Uhr wurde sie in bewußtlosem Zustand aufgefunden und in das Krankenhaus eingeliefert. Dort war sie stark benommen, ließ unter sich und bekam in kurzer Zeit einen Decubitus. Der neurologische Befund war wechselnd: Pupillendifferenz, Fehlen des Knriereflexes, Babinski, alles vorübergehend. Sie war völlig desorientiert, euphorisch, zeitweise erregt und wurde deshalb zu uns verlegt. Hier zeigte sie außer den bereits erwähnten bzw. demonstrierten Erscheinungen noch eine Reihe von interessanten Symptomen, nämlich zunächst Echolalie, Echopraxie, gelegentlich wenig ausgeprägt Hyperkinesen, Zuckungen in den Zehen, Auf- und Abbewegungen der Beine. Echt spastische Zeichen hatte sie nicht. Nur kam es beim Druck auf die Wade rechts zu einer Dorsalflexion der großen Zehe, die man aber auch durch schmerzhafte Reize an anderen Stellen des Beines erzeugen konnte. Dabei handelt es sich wohl nicht um ein Pyramidenzeichen, sondern eher um eine Schmerzreaktion, wie **Goldflam** dies kürzlich wahrscheinlich gemacht hat. Das rechte Bein war rigide, zeitweilig auch der rechte Arm, doch war die Hypertonie nie sehr ausgeprägt und ist allmählich geschwunden. Auffällig war das Zwangsgreifen, das die Patientin darbot, d. h.

Digitized by Google

berührte man mit dem Finger oder sonst einem Gegenstande ihre Hohlhand, so kam es zum Faustschluß. Auch auf Aufforderung wurde die Hand nicht losgelassen. Ein zwangsmäßiges Nachgreifen nach nur vorgehaltenen Gegenständen fand sich nicht. Bei unserer Kranken fehlten nicht nur alle apraktischen, sondern auch alle aphasischen Störungen. Dagegen fand sich in den ersten Wochen ihres Aufenthaltes bei uns ein periodisches Schwanken der Hirnfunktion, wie Oppenheim und vor allem Stertz es beschrieben haben. Letzterer weist mit Recht darauf hin, daß die vorliegende Störung unabhängig sei von der Beanspruchung des Gehirns. Er setzt es in Analogie mit jener abnormen Funktion des Atemzentrums, die unter dem Namen des Cheyne-Stokes-Atemtypus bekannt ist. Solche Störungen finden sich weder bei unserer Patientin, noch bei denen von Stertz und Oppenheim. Ein reines Pallidumsyndrom bei einem Patienten, der nach einer Kohlenoxydvergiftung längere Zeit überlebte, hat nur Grinker beschrieben und gerade bei seinem Patienten findet sich außer der systematischen Pallidumerweichung ein umfangreicher Ausfall im Hemisphärenmark. Es wird die Frage diskutiert, inwieweit man aus den klinischen Befunden, nicht nur bei der Kohlenoxyd-, sondern auch bei anderen Vergiftungen, Beiträge zum Problem der Pathoklise liefern kann. — Aussprache: Braun berichtet über einen Fall von Kohlenoxydvergiftung, der im letzten Jahr in der Klinik beobachtet wurde und jetzt von Manarche Querfeld in einer Doktordissertation genauer beschrieben worden ist. Es handelte sich um eine 29jährige Frau, die mit ihrem 2jährigen Kind bei einem Suicidversuche 5 Stunden lang Leuchtgas einatmete. Das Kind erwachte nach 3 Stunden aus der Bewußtlosigkeit und blieb vollkommen gesund. Die Frau wurde in tiefem Koma aufgefunden, 1 Tag lang in der 2. Medizinischen Klinik behandelt und dann in die Psychiatrische und Nervenklinik verlegt. 1. Tag: Tiefe Bewußtlosigkeit, Atemstörungen, Cyanose. Hochgradiger Rigor aller Extremitäten; gesteigerte Sehnenreflexe, erloschene Bauchdeckenreflexe. Beiderseits typischer Babinski. Lichtreaktion der Pupillen fast erloschen. Nach 10 Stunden etwas erholt, schwächerer Rigor, Babinski nur noch rechts. 2. Tag: Sehnenreflexe sehr schwach, Bauchdeckenreflexe 0. Hypotonie aller Extremitäten. In den nächsten Tagen langsam zunehmender Rigor zunächst der Arme, dann auch der Beine, mit langsamem Erstarken der Sehnenreflexe. 14. Tag: Sehr lebhafte Arm- und Beinreflexe, keine Pyramidensymptome. Rigor der Arme. 17. Tag: Sämtliche Sehnenreflexe gesteigert, starker Rigor in Armen und Beinen. 18. Tag: Dazu Fußklonus, der von nun an bis zum Entlassungstage, d. h. 8 Wochen nach der Vergiftung nachweisbar bleibt. Babinski 0, nur nach 0,4 ccm 1promill. Scopolaminlösung beiderseits vorübergehend Oppenheim und Babinski. Lumbalpunktat o. B. Rigor wechselt von Tag zu Tag an Intensität. Einige Tage lang Tremor beider Beine, vor allem des linken. Bei der Entlassung Rigor in beiden Beinen und im linken Arm. Fehlen der Mitbewegungen des linken Armes. Etwas vornübergebeugte Haltung, trippelnder Gang, mimische Starre. Auf psychischem Gebiet nach mehrtägiger Bewußtlosigkeit leichte Benommenheit mit weitgehendem Verlust der Merkfähigkeit. Langsame Aufhellung. Bei der Entlassung Erinnerungslücke von 4 Wochen, Verlangsamung aller psychischen Reaktionen, leichte läppische Euphorie. Nachuntersuchung nach 6 Monaten: Etwas langsam und schwerfällig, leicht gebeugte Haltung, Steifigkeit aller Bewegungen, mimische Starre, fehlende Mitbewegungen des linken Armes, Rigor in beiden Beinen und im linken Arm, kurz das Bild eines leichten Parkinsonismus. Subjektiv Wohlgefühl; die Frau kann ihren Pflichten als Hausfrau und Mutter vollkommen nachkommen. Das Bemerkenswerte des Falles liegt im Wechsel der neurologischen Symptome, den man sich wohl damit erklären muß, daß nicht nur das striopallidäre System, sondern — wenigstens vorübergehend — auch das Pyramidensystem geschädigt wurde. Dadurch trat eine zeitweilige Überdeckung der extrapyramidalen Störungen durch Pyramidensymptome ein. Die Störungen des Pyramidensystems waren aber leichter und reparabel, während die schwerere extrapyramidale Schädigung zu einem leichten parkinsonistischen Dauerzustand geführt hat.

Neubürger: Ein Hirnbefund nach plötzlichem Tod nach Gallensteinoperation.

52jähriger Glasmaler, früher nicht wesentlich krank, wurde nach dem Auftreten wiederholter Gallenkoliken cholecystektomiert. Die Operation wurde gut überstanden; am Abend kurz dauernder Verwirrtheits- und Erregungszustand, am nächsten Morgen benommen, zunehmendes Koma, abends Tod. Die Sektion ergab als einzigen wesentlichen Befund kleinste, eben noch wahrnehmbare Blutaustritte in der Brücke; mikroskopisch hier frische Diapedesisblutungen um Capillaren und Präcapillaren, prästatische Gefäßerweiterungen; herdförmige Ganglienzellerkrankung, teils im Sinne ischämischer Veränderungen, mit ausgesprochenen Inkrustationen der Golgi-Netze, teils nach Art der Nisslschen schweren Zellerkrankung; ferner mehr diffus fettige Degenerationen von Nervenzellen, an einzelnen Capillaren auch Endothelverfettung. Die Deutung der Erkrankung ist schwierig. Die Veränderungen werden in der Hauptsache auf örtliche Zirkulationsstörungen zurückzuführen sein, während man für die ausgebreiteten Verfettungen wohl auch einen das Parenchym diffus schädigenden toxischen Faktor in Rechnung stellen muß. Eine Encephalitis, ein pyämischer Zustand, eine Fettembolie, eine chronische Alkoholintoxikation (die histologischen Bilder erinnern zum Teil an Polioencephalitis haemorrhagica superior) können ausgeschlossen werden. Cholämische Blutungen sind unwahrscheinlich, Ikterus hatte nicht bestanden; doch mag eine veränderte Blut-

Digitized by Google

beschaffenheit bei dem Gallensteinleidenden nicht ganz bedeutungslos sein. Ferner ist die Möglichkeit gegeben, daß bei dem Patienten, Glasmaler von Beruf, eine Bleischädigung vorlag; eine solche vermag ja, wie experimentell erwiesen, eine veränderte Reaktionsweise der Gefäße zu bedingen (Tscherkess und Philippowá, Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. 108, 365. 1925). Diese könnte hier Bedeutung gewonnen haben im Zusammenhang mit den Reizen, die das Gefäßnervensystem durch die Schockwirkung bei der Laparotomie und durch die bei der Operation erfolgende Zerrung und Hochpressung der Leber treffen; zumal da nach v. Bergmann (Mohr-Stähelin, Handb. d. inn. Med. 2. Aufl., Bd. V) gerade bei Gallensteinleidenden eine erhöhte Reizbarkeit des vegetativen Nervensystems angenommen werden darf. Die rein toxische Wirkung läßt sich sehr schwer erklären; vielleicht sind, eine besondere individuelle Disposition vorausgesetzt, die Äthernarkose und die Morphiumgaben, die allerdings das übliche Maß nicht überschritten, von Belang gewesen. Die Befunde schwerer Zellveränderung auf Bleiwirkung zurückzuführen, ist unangebracht, weil sie im Gegensatz zu den üblichen Bildern bei Bleivergiftung ausgesprochen herdförmig auftreten; sie werden also auf die Kreislaufstörung zu beziehen sein. Eine wirklich befriedigende Klärung des Falles zu geben, ist nach allem kaum möglich; seine Bedeutung liegt darin, anzuregen, daß künftig der Hirnuntersuchung bei unklaren Todesfällen nach Operationen erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Digitized by Google

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9

Handbuch der normalen und pathолog. Physiologie

Mit Berücksichtigung der experimentellen Pharmakologie

Bearbeitet von 315 Fachgelehrten. Herausgegeben von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **A. Bethe**
Direktor des Instituts f. animal. Physiol., Frankfurt a. M.

Prof. Dr. **G. v. Bergmann**
Direktor der Mediz. Univ.-Klinik, Frankfurt a. M.

Prof. Dr. **G. Embden**
Dir. des Instituts f. vegetat. Physiol., Frankfurt a. M.

Geh.-Rat. Prof. Dr. **A. Ellinger** †
ehemals Direktor des Pharmakologischen Instituts, Frankfurt a. M.

In siebzehn Bänden und einem Registerband

Vor kurzem erschien:

Vierzehnter Band. 1. Hälfte

Fortpflanzung, Entwicklung und Wachstum

Erster Teil:

Fortpflanzung — Wachstum — Entwicklung Regeneration und Wundheilung

1210 Seiten mit 440 zum Teil farbigen Abb. — 1926. — RM 96.—; gebunden RM 103.50

Fortpflanzung der Tiere unter Berücksichtigung der Pflanzen. Von Geheimrat Professor Dr. Eugen Korschelt-Marburg a. L. — **Problem der Entwicklungserregung. Reifung und physiologische Eigenschaften der Geschlechtselemente, Physiologie der Befruchtung, Bastardierung, Polyspermie.** Von Professor Dr. Emil Godlewski-Krakau. — **Physikalische und chemische Eigenschaften des Spermas und der Eisubstanzen nebst Umbau von Körperorganen in Generationsorgane.** Von Professor Dr. Hermann Steudel-Berlin. — **Vergleichendes über Kohabitation und Masturbation, Libido, Orgasmus und Kohabitation** (Allgemeines). Von Professor Dr. Ulrich Gerhardt-Halle a. S. — **Kastration bei wirbellosen Tieren.** Von Professor Dr. Jürgen W. Harms-Tübingen. — **Die Kastration bei Wirbeltieren und die Frage von den Sexualhormonen.** Von Professor Dr. Knud Sand-Kopenhagen. — **Keimdrüsenplantation bei wirbellosen Tieren.** Von Professor Dr. Jürgen W. Harms-Tübingen. — **Transplantation der Keimdrüsen bei Wirbeltieren.** Von Professor Dr. Knud Sand-Kopenhagen. — **Hermaphroditismus in seinen natürlichen Beziehungen.** Von Professor Dr. Johannes Meisenheimer-Leipzig. — **Der Hermaphroditismus bei Wirbeltieren in experimenteller Beleuchtung.** Von Professor Dr. Knud Sand-Kopenhagen. — **Geschlechtsbestimmung.** Von Professor Dr. Johannes Meisenheimer-Leipzig. — **Die Keimdrüsen und das experimentelle Restitutionsproblem bei Wirbeltieren.** „Endokrine Regeneration", sog. Verjüngung. Von Professor Dr. Knud Sand-Kopenhagen. — **Die Keimdrüsenextrakte.** Von Professor Dr. Arthur Biedl-Prag. — **Keimdrüse, Reifung, Ovulation, Menstruation.** Von Professor Dr. Ludwig Fraenkel-Breslau. — **Schwangerschaftsveränderungen.** Von Geheimrat Professor Dr. Ludwig Seitz-Frankfurt a. M. — **Pharmakologie und hormonale Beeinflussung des Uterus.** Von Professor Dr. Siegfried Loewe-Dorpat. — **Schwangerschaftstoxikosen.** Von Geheimrat Professor Dr. Ludwig Seitz-Frankfurt a. M. — **Geburtsmechanismus.** Von Professor Dr. Rudolf Th. von Jaschke-Gießen. — **Milchdrüsen, Lactation, Saugen.** Von Professor Dr. Meinhard von Pfaundler-München. — **Die Milch (chemisch und physikalisch-chemisch).** Von Professor Dr. Josef Tillmans-Frankfurt a. M. — **Rückwirkung des Säugens auf den mütterlichen Organismus.** Von Professor Dr. Rudolf Th. von Jaschke-Gießen. — **Menopause und Ausfallserscheinungen nach später Kastration.** Von Professor Dr. Otto Pankow-Düsseldorf. — **Hoden, samenableitende Organe und accessorische Geschlechtsdrüsen.** Von Professor Dr. Benno Romeis-München. — **Die Erektion, die Ejakulation.** Von Dr. Arthur Weil-New York. — **Allgemeine Übersicht über die psychophysischen Funktionen und Funktionsanomalien der Sexualität beim Menschen.** Von Dr. Arthur Kronfeld-Berlin. — **Psychische Einstellung der Frau zum Sexualleben. Psychosexuelle Haltung des Mannes.** Von Dr. Alfred Adler-Wien. — **Libido, Orgasmus und Kohabitation (Säugetiere).** Von Professor Dr. Ulrich Gerhardt-Halle a. S. — **Libido, Orgasmus und Kohabitation beim Menschen.** Von Dr. Max Reis-Dortmund. — **Pubertätserscheinungen.** Von Dr. Alfred Adler-Wien. — **Masturbation (Onanie).** Von Professor Dr. Julius Zappert-Wien. — **Zwitterbildung beim Menschen.** Von Dr. Max Reis-Dortmund. — **Homosexualität, Sadismus, Masochismus und andere Perversionen, Sexualneurasthenie.** Von Dr. Alfred Adler-Wien. — **Wachstum der Zellen und Organe, Hypertrophie und Atrophie.** Von Professor Dr. Robert Rößle-Basel. — **Gewebezüchtung.** Von Professor Dr. Rhoda Erdmann-Berlin-Wilmersdorf. — **Physiologie der embryonalen Entwicklung.** Von Professor Dr. Günther Hertwig-Rostock i. M. — **Allgemeine Mißbildungslehre.** Von Professor Dr. Ivar Broman-Lund. — **Regeneration und Transplantation bei Tieren.** Von Professor Dr. Hans Przibram-Wien. — **Regeneration bei Pflanzen.** Von Dr. Leopold Portheim-Wien. — **Wundheilung, Transplantation, Regeneration und Parabiose bei höheren Säugern und beim Menschen.** Von Professor Dr. Wilhelm von Gaza-Göttingen.

Digitized by Google

Sanatorium Liebenstein DDr. Eichler-Seige
(vorm. Dr. Fülles' Sanatorium) Bad Liebenstein (Thür. Wald) / Fernruf Nr. 8
Klinisch geleitetes Sanatorium für innere und Nervenkranke
Kurmittel des kohlensauren Stahlbades Liebenstein (243)
Besitzer und leitende Ärzte:
Dr. Seige, Facharzt für Nervenkrankheiten / Dr. Eichler, Facharzt für innere Krankheiten

Kurhaus Dietenmühle in Wiesbaden
Ärztliche Leitung: Dr. Friedr. Moerchen.
Für Nervenkranke, leicht psychisch Kranke, Erholungsbedürftige.
Schönste Lage im Kurpark. Gesamttageskosten von M. 15.— an.

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9
Soeben erschien:
Technischer Wegweiser für die Kinderpflege
Zum Gebrauch in Anstalten und in der Privatpflege
Von
Dr. B. de Rudder
Oberarzt der Univ.-Kinderklinik Würzburg
74 Seiten. — RM 1.50

QUADRONAL
bei fast allen Krankenkassen zugelassen
Rp. Phenyldimethylpyrazolon. Oxyäthylacetanilid. Lactyl-p-Phenetidid. Coffeinum pur.
Packungen: 20×0,5 10×0,5 Spitalpackungen
Höchste Wirksamkeit bei:
Migräne, Anfällen von Gicht, Ischias, rheumatischen Beschwerden, Nervenentzündungen, nervöser Abspannung, Menstruations-Beschwerden, Trigeminus-Beschwerden, Schnupfen, Erkältungskrankheiten und Grippe.
Proben und Literatur kostenlos
Asta-Werke A.-G., Chemische Fabrik Brackwede in Westfalen
Wir sind gleichzeitig Hersteller von **Dr. Kipper's Emulsion,** die von Fachleuten anerkannt wird und die schmackhafteste sein soll, die bisher existiert. Lassen Sie sich Geschmacksprobe und Literatur kommen.

Hierzu zwei Beilagen vom Verlag Julius Springer in Berlin W 9

Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig

Digitized by Google

ZENTRALBLATT FÜR DIE GESAMTE NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE

REFERATENTEIL DER ZEITSCHRIFT FÜR DIE GESAMTE NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE UND FORTSETZUNG DES VON E. MENDEL BEGRÜNDETEN NEUROLOGISCHEN CENTRALBLATTES
REFERATENBLATT DER GESELLSCHAFT DEUTSCHER NERVENÄRZTE
OFFIZIELLES ORGAN DER BERLINER GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND NERVENKRANKHEITEN

REDIGIERT VON

R. HIRSCHFELD, BERLIN — K. MENDEL, BERLIN — W. SPIELMEYER, MÜNCHEN

SCHRIFTLEITUNG: R. HIRSCHFELD, BERLIN W 9, LINKSTR. 23/24

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9

BAND XLIII, HEFT 16/17 S. 913—1001 — REGISTERHEFT — 15. SEPTEMBER 1926

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9

In zweiter Auflage liegt vor:

Die Erkrankungen des Nervensystems

Bearbeitet von

G. v. Bergmann, F. Billigheimer, R. Bing, O. Bumke, H. Curschmann, K. Goldstein, Ernst Meyer, Eduard Müller, M. Nadoleczny, O. Veraguth, K. Wittmaack

Erster Teil:

1086 Seiten mit 431 zum Teil farbigen Abbildungen. 1925
In Leinen gebunden RM 69.—

Zweiter Teil:

540 Seiten mit 112 Abbildungen. 1926
In Leinen gebunden RM 33.—

(Bildet Band V des Handbuches der inneren Medizin. Zweite Auflage. Unter Mitarbeit von zahlreichen Fachgelehrten herausgegeben von Professor Dr. G. v. Bergmann und Professor Dr. R. Staehelin)

Digitized by Google

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9

Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurologie u. Psychiatrie

Herausgegeben von **O. Foerster**-Breslau und **K. Wilmanns**-Heidelberg

Soeben erschien der 47. Band:

Epilepsie

Vergleichende Pathogenese, Erscheinungen, Behandlung

Von **Dr. L. J. J. Muskens**

Praktischer Arzt in Amsterdam, Generalsekretär der Internationalen Liga gegen Epilepsie, Fellow of the Royal Society of Medicine of Great Britain Korrespondierendes Mitglied der Société Neurologique in Paris

403 Seiten mit 52 Abbildungen. RM 30.—

Aus dem Inhalt:

Erster Teil: **Die experimentelle Untersuchung der myoklonischen Reflexe und der myoklonischen epileptischen Anfälle:** Geschichte der experimentellen Epilepsie-Untersuchung. — Untersuchungen über die myoklonischen Reflexe als Grundlage der myoklonischen epileptischen Anfälle. — Mechanismus der Entladungen. — Weitere Untersuchungen der myoklonischen Reflexe. — Bedingungen für das Entstehen der myoklonischen epileptischen Anfälle. — Einfluß von Narkose, Strychnin, Absinth auf die myoklonischen Reflexe und Anfälle. — Übersicht der beschriebenen reflektorischen und epileptiformen Erscheinungen mit deren physiologischer Bedeutung.

Zweiter Teil: **Der Einfluß der Eingriffe im Zentralnervensystem auf die myoklonischen Reflexe und die myoklonischen epileptischen Anfälle:** Einführung. — Verschiedene Exstirpationen von Gehirnteilen und -häuten. — Unterbrechung verschiedener Bahnen. — Einfluß verschiedener Verletzungen. — Faradische Reizung der motorischen Hirnrinde und des verlängerten Markes. — Zusammenfassung der Ergebnisse. — Allgemeine Schlußfolgerungen.

Dritter Teil: **Die epileptischen Störungen beim Menschen und ihre Behandlung:** Einteilung der Epilepsien. — Die myoklonische Epilepsie. — Nähere Beschreibung der regionären und myoklonischen Zuckungen beim Menschen. — Vulgäre oder genuine Epilepsie mit myoklonischer Epilepsie als Ausgangspunkt. Anfang und Verlauf. — Kinderkrämpfe oder Konvulsionen und ihre Bedeutung für das Entstehen der Epilepsie. — Einfluß der Periode und der Schwangerschaft auf die Entstehung und den Verlauf der Krankheit. — Nähere Beschreibung und Bedeutung der Symptome der echten Epilepsie. — Über die relative Frequenz und den nosologischen Wert der Symptome. — Statistik, Ätiologie. — Differentialdiagnose der gewöhnlichen Epilepsie. — Die Bewußtseinsstörungen und die Psychismen. — Behandlung. — Pathologische Anatomie. — Traumatische und fokale Epilepsie und chirurgische Behandlung im allgemeinen. — System der Epilepsie-Bekämpfung und -Behandlung.

Vor kurzem erschien der 48. Band:

Die Stammganglien und die extrapyramidal-motorischen Syndrome

Von **Dr. F. Lotmar**

Privatdozent an der Universität Bern

176 Seiten. 1926. RM 13.50

Aus dem Inhalt:

Einleitung. — I. Das extrapyramidal-motorische System. — II. Chorea. — III. Myoklonie. — IV. Athetose. — V. Torsionsspasmus. — VI. Torticollis, Tics, komplizierte Hyperkinesen der Spätencephalitiker. „Psychomotorische" Hyperkinesen. Iteration, Palilalie. Zwangsgreifen, Nachgreifen und Verwandtes. Zwangslachen und -weinen. — VII. Wilsonsche Krankheit und Pseudosklerose. — VIII. Paralysis agitans und verwandte Syndrome. — IX. Ergänzendes zu den Einzelkomponenten des hypokinetisch-rigiden Syndroms: Parese; Tremor; Rigor und rigorfreie Starre; Akinese. — X. Extrapyramidal-motorisches System und vegetative Störungen. — XI. Extrapyramidal-motorisches System und Psyche. — XII. Pathophysiologie der extrapyramidalen Bewegungsstörungen.

Früher erschien der 44. Band:

Die Bedeutung der roten Kerne und des übrigen Mittelhirns für Muskeltonus, Körperstellung und Labyrinthreflexe

Von **G. G. J. Rademaker**

Utrecht

Ins Deutsche übertragen von Priv.-Doz. Dr. **E. Le Blanc**, Hamburg

346 Seiten mit 212 Abbildungen. 1926. RM 27.—

Die Bezieher der „Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie" sowie die des „Zentralblattes für die gesamte Neurologie und Psychiatrie" haben das Recht, die „Monographien" zu einem um etwa 10% ermäßigten Vorzugspreise zu beziehen.

Digitized by Google

Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

Band XLIII, Heft 16/17 S. 913—1001

Autorenregister.

Abderhalden, Emil (Inkretwirkungen) 197.
— — und Ernst Gellhorn (Adrenalin u. Gaswechsel bei Mäusen) 209.
Abel, Theodora Mead (Testprüfung u. Gewerbeschulunterricht) 157.
Abels, Hans (Schädelverknöcherung Neugeborener) 483.
Abraham, Karl (Hochstapler u. Psychanalyse) 827.
Abundo, Emanuele d' s. D'Abundo, Emanuele.
— Giuseppe d' s. D'Abundo, Giuseppe.
Achard (Hirnhautblutergüsse) 403.
— Ch. (Erythromelalgie) 693.
Ackermann, S. s. Savini, E. 806.
Acqua, Mario (Poliomyelitis anterior acuta) 80.
Acuña, Mamerto (Encephalitis beim Kind) 67.
— — und Alfredo Casaubon (Pneumokokkenmeningitis) 849.
Adam, James (Hirnabsceß mit Bronchiektasie) 679.
Adamantiadis, B. (Oculosympathisches Syndrom) 780.
Adams, John D. (Beschäftigungstherapie) 847.
Adie, W. J. (Herpes zoster) 802.
Adlerman, T. D. (Verbrechen u. Geisteskrankheit) 238.
Adlersberg, D., und O. Porges (Morbus Basedow, Ergotaminbehandlung) 204.
Adrogué, Esteban (Augenmuskelnervenlähmung) 649.
— — und Manuel Balado (Pupille u. Hirndruck) 280; 747.
Adson, Alfred W. s. Brown, George E. 289.
Agar, W. E. (Intelligenz bei Gliedertieren) 643.
Agasse-Lafont, E. s. Heim de Balsac, F. 327.
Agostini, Cesare (Palilalie bei postencephalitischem Parkinson) 670; (Biologische Faktoren u. Charakter) 729.
— Giulio (Encephalitis chronica, Charakterstörung) 672.
Aichhorn, August (Verwahrloste Jugend) 245.
Alajouanine s. Guillain, Georges
— s. Lechelle 74. [796.
— Ph. s. Guillain, Georges 555.
Albertoni, Pietro (Vaguserregbarkeit) 27.
Albrecht (Linksseitiger Hirntumor) 734; (Muskelatrophien mit Entartungsreaktionen) 901.
— Kurt (Röntgenologie, Rückenmarkstumoren) 192; (Ischiadicustumor) 249.
— O. (Extrapyramidale Bewegungsstörungen) 855.
— — s. Scherber, G. 587.
— P. (Paralyse) 337.
Alessio, Francesco (Tabakvergiftung. VIII.) 144.
Alexander (Palilalie) 855.
— G. (Thrombophlebitis, Sinus cavernosus) 62.
— W. Alister, and John W. Struthers (Sacrococcygeales Chordoma) 863.
Alfes, H., und K. Eggert (Gehirn- u. Rückenmarktumoren) 857.
Allen, Charles Lewis (Affektivität) 286.
— Clyde I. s. Davidson, Edward C. 218.
Allison, Robert G. (Thyreotoxikose, Röntgenbehandlung) 575.
Allport, Gordon W. (Ungeteilte Persönlichkeit) 33.
Aloin, H. (Trigeminusläsionen u. Mastoiditis) 531.
Alpern, Daniel (Elektrolyte u. Sekretionsprozeß. I, II.) 839.
Alpers, Bernard J. (Lumbalpunktionskopfschmerz) 407.
Alsberg, Max (Sexualstrafrecht) 239.
Altenburger, Hans s. Wachholder, Kurt 23, 25.
Altmann, Vladimir (Hypophyse, Röntgenbehandlung.) 579.
Alurralde, Mariano, und Marcelino J. Sepich (Cysticercus racemosus cerebralis) 75.
Ameghino, Arturo (Spätparalyse) 112; (Geistesgestörte Bahn- u. Schiffsschaffner) 283.
— — und Alejandro A. Raimondi (Geistige Verwirrung Tuberkuloser.) 229.
Ammosov, M. (Torsionsdystonisches Syndrom, Encephalitis) 853.
Ammosov, M. und G. Lindtrop (Malaria-Ataxie) 875.
Ancona, Umberto d' s. D'Ancona, Umberto.
Andreew, M. P. (Encephalitis u. Psychik bei Kindern) 177.
André-Thomas, et J. Phelipeau (Cruralneuralgie) 690.
Anfimov, W. (Postinfektiöse Encephalitis) 538.
Angelescu, H. s. Radovici, A. 55.
Angelucci, A. (Halssympathicus) 317.
Angerer, Hermann s. Mathis, Hermann 259.
Anitschkow, N. (Gehirnanämie) 747.
Antheaume, A., et P. Schiff (Psychanalyse) 46.
Anton, G. (Plötzliche Todesarten) 779.
Antona, d' s. D'Antona.
Appelbaum, Emanuel s. Neal, Josephine B. 174.
Archangelskij, W. (Abducenslähmung) 259.
Ardin-Delteil, M., et Levi-Valensi (Brückentuberkel) 184.
Arend, Rudolf (Encephalitis u. Diabetes insipidus) 570.
Ariens Kappers, C. U. (Vergleichende anatomische Tafeln) 131; (Hirnrinde bei Menschenrassen) 743.
Arkin, Aaron (Rattenbißkrankheit) 704.
— Wiktor, und Wladysław Sterting (Einäugiger Nystagmus) 77.
Arlt, Benno (Kopftetanus) 876.
Arnoldson, Nils, et C. G. Boström (Rhinogener Hirnabsceß) 679.
Artom, Mario, e Piero Fornara (Zoster, Ätiologie) 802.
Artwiński, E. s. Latkowski, I. 66.
— — und M. Ostrowski (Malariabehandlung, Paralyse u. Nervensyphilis) 224.
Aschaffenburg, Gustav (Strafmaß) 890.
Ascoli, Vittorio (Meningokokkeninfektion) 402.
Asher, Leon (Herznervenreizung) 370.
Astvazaturov (Rossolimosches Symptom) 502.

Digitized by Google

Astwazaturow (Reflexe bei Pyramidenbahnerkrankung) 372.
Athanasiu, J. (Myokard) 763.
Atwell, Wayne J. (Pars tuberalis, Hypophysis) 198.
Aub, Joseph C., Lawrence T. Fairhall, A. S. Minot and Paul Reznikoff (Bleivergiftung) 216.
Aubry, M. s. Hautant, A. 550.
Audan et Knentz (Hypophysäre Gehirnerkrankung, Röntgendiagnose) 804.
Auden, G. A. (Encephalitis lethargica) 672.
Auen, W. (Cibalgin) 394.
Austmann, K. J., and V. H. K. Moorhouse (Hirnventrikel-Funktion. I.) 140.
Aveling, F., and R. J. S. McDowall (Psychogalvanische Reaktionen) 771.
Avellone, L., e G. di Macco (Immobilisierte Muskeln. IV.) 18.
Aycock, W. Lloyd (Liquordruck) 296.
— — — and Paul Eaton (Spinale Kinderlähmung) 433.
Ayer, James B. (Liquordruck) 62.
— — — and Harry C. Solomon (Liquor) 296.
— — — s. Tobey jr., George L. 295.

Baba, Shoe (Oculomotoriuskern beim Elefanten) 1; (Tractus-tecto-cerebellaris) 1.
Babcock, W. Wayne (Nervenschädigungen) 312.
Babonneix, Touraine et Pollet (Recklinghausensche Krankheit) 315.
— L., et J. Hutinel (Brückentuberkel) 75.
— — et J. Lhermitte (Diabetes insipidus u. syphilitische Encephalitis) 695.
— — et L. Pollet (Syphilis, Blut-Liquor) 102; (Multiple Lipome) 814.
Bachstez, E. (Divergenzlähmung, Encephalitis) 410.
Backmann, G. (Halbwirbel) 193.
Badonnel s. Claude, H. 655.
— Marguerite (Melancholie) 471.
Baer, Max (Salvarsanbehandlung) 586.
Bär, R. s. Berberich, I. 8.
Bailey, Lionel s. Ballance Charles, 492.
— Percival (Ependym-Tumor) 423.
— — s. Dott, Norman M. 92.
Bailly, J. s. Remlinger 749.
— — s. Remlinger, P. 442, 494, 749, 750.
Bakanova, A. s. Koltypin, A. 760.
Baker, E. L. s. Hassia, George B. 434.
Bakker, Dine (Dirnenkomplex) 510.
Bakody, A. v. (Schizophrene Assoziationen [Moravcsik-Gedenkbuch]) 127.
Balabanow, Leo (Nervenfasern-Färbung) 136.
Balado, Manuel s. Adrogué, Esteban 280, 747.
Balassa, L. (Epilepsie [Moravcsik-Gedenkbuch) 127.
Balduzzi, O. (Augenmuskeln) 886.
Bálint, A. (Progressive Paralyse, Malariabehandlung) 598.
Ballance, Charles, Lionel Colledge and Lionel Bailey (Nervenpfropfung) 492.
Ballerini, Mario (Nervenstamm-Abschnürung) 14.
Ballif, Charlotte s. Parhon, C. J. 318.
— L., J. F. Fulton and E. G. T. Liddell (Kniephänomen) 139.
Bally, G. (Psychisch Abnorme in Frankreich) 248.
Baló, Josef (Herpes simplex u. epidemische Encephalitis) 748.
Bar, Louis (Felsenbeinspitzen-Absceß) 305.
Bárány, R. (Labyrinthoperation) 307; (Augen-Gegenrollung u. Nystagmus) 622.
Barbaglia, Vittorio (Meningeale Permeabilität u. Wismut) 405.
Barbé s. Sézary 715.
Barbour, H. G., and W. F. Hamilton (Suprarenin-Anhydrämie) 580.
Bard, L. (Sympathicus, Pathologie) 759.
Barkas, Mary R. (Vegetatives Nervensystem u. Tabes) 437.
Barnes, Stanley, and E. Weston Hurst (Wilsonsche Krankheit) 71.
Barni, Ambrosio s. Paso, Juan Roberto 409.
Barrancos, Aristides s. Hernandez Ramirez, Rafael 859.
Barré, J. A. (Wirbelsäulen-Arthritis) 85.
Barrieu, Raymond s. Lian, Camille 674.
Bartels, Martin (Seitenwenderbahnen in Brücke) 2; (Binokular-Sehen) 15; (Deiters- u. Bechterewskerne, Vögel) 354.
Barthel, Ernst (Philosophie des Eros) 640.
Bartlett, F. C. (Fühlen, Vorstellen u. Denken) 153.
— Willard (Thyreoidektomie) 573.
Bassoe, Peter s. Hassin, G. B. 853.
Bateman, J. Fremont (Luschkasche Foramina) 257.
Bau-Prussak, S. (Lipiodolmyelographie) 393.
Bauer, Julius (Fettsucht) 814.
— — und Conrad Stein (Otosklerose, Vererbung) 681.
— K. H. (Genpathologie) 730.
Baumann, Emil J., and Louise Hunt (Schilddrüsensekretion) 93.
Baumritter, Paul (Liquor cerebrospinalis, Meningitis) 168.
Bazett, H. C., W. Z. Tychowski and C. Crowell (Blutzucker decerebrierter Tiere) 14.
Bazgan, I. s. Niculescu, Ion T. 49.
Beall, Charles, G. (Muskulärer Tremor) 648.
Beauchamp, L. s. Lematte, L. 142.
Bechterev, W. (Hysterische Aphasie) 604; (Rückenmarkgefäß-Anpassungsreflex 620.
— — M., und M. G. Schumkow Lokalkontusionsneurose) 461.
Beck, A. (Encephalitis des Schafes) 331.
— — und H. Frohböse (Encephalitis des Schafes) 877.
Beder, W. (Torsionsdystonie) 417.
— — s. Manjkovskij, B. 769.
— — s. Mankowsky, B. 272.
Beeger, Hans (Neuritis acustica) 188.
Beer, G. R. de (Pituitardrüse) 198; (Hypophyse) 804.
Beernan, P. s. Kopeloff, Nicholas 332.
Befani, Giulio, C. s. Scarpini, Vincenzo 114.
Béhague et Dufourmentel (Formes frustes der Sinusitis) 440.
Behr, Carl (Reflektorische Pupillenstarre) 650.
Beisso, Orestes s. Bloise, Nicolás Leone 673.
Belbey, José C. s. Rojas, Nerio 233.
Belikov, O. (Kleinhirn-Brückenwinkeltumor) 424.
Bell, A. L. Loomis s. Gordon, Murray B. 282.
Bellina, Gregorio (Pupille bei Syphilis) 650.
Belloni, Giuseppe (Kongenitale Syphilis) 585.
Benda, Ernst (Nietzsches Krankheit) 473.
— Robert (Menstruation u. Meningen-Permeabilität) 298.
Bender, Lauretta (Gliose-Erzeugung. I, II.) 364; (Zentral-

Digitized by Google

nervensystem, spontane Läsionen) 495.
Bendix, Ludwig (Strafbare Handlung) 344.
Benedek, Ladislaus (Paralyse) 223; (Schizophrenie) 468; (Chorea infectiosa) 542.
— — und Karl Csörsz (Acanthosis nigricans) 334.
Benjamin, Harry (Vasoligatur nach Steinach) 207.
Bennett, A. E. (Atypische Tabes) 553.
Benoit s. Pagès 8.
Benoliel, Sara (Tuberkulöse Meningitis, Liquor) 788.
Benon, R. (Melancholie) 233; (Gonorrhöe u. Hypochondrie) 472; (Geisteskranke) 658; (Wiedererkennen) 783; (Dementia praecox) 881.
Benussi, Vittorio (Suggestion u. Hypnose) 158.
Benvenuti, Ezio (Brückentumoren) 184.
Berberich, J. (Fettkörnchenzellen u. Markscheidenentwicklung) 737.
— — und R. Bär (Fettbefunde im Gehirn) 8.
Berblinger, W. (Hypophysenvorderlappen) 91.
Beresin, W. J., W. W. Petrowsky und G. A. Maloff (Ovarialflüssigkeit) 698.
Beresnegovski, N. J. (Chirurgie, Epilepsia partialis) 464.
Beretervide, E., und F. Pozzo (Strychninsulfat, Polyneuritis) 313.
— Enrique, und Fernando Pozzo (Emetinpolyneuritis) 442.
Berezowski, Fr. (Extrapyramidale Prozesse) 537.
Bergemann, Wilhelm (Visuelles Gedächtnis) 634.
Bergglas, Bernhard (Nerven in Arterien-Adventitia) 136.
Berghinz, Guido (Encephalitis beim Kinde) 177.
Bergmann, G. v., und R. Staehelin (Handbuch, innere Medizin) 48.
Bergström, Erik (Cumarin und autonomes Nervensystem) 25.
Beritoff, J. (Individuelle Reflexe) 506.
Berka, Fr. (Hypnose u. Verbrechen) 119.
Berkeley, William N. (Nebenschilddrüse zur Behandlung) 419.
Berkeley-Hill, Owen (Geisteskranke) 245.
Bèrlin, M. s. Brailovsky, V. 284.
Berliner, B., A. Laqueur und E. Tobias (Elektrophysikalische Behandlung) 844.
— Max (Pathologie des Pubertätsalters) 892.
Bernfeld, Siegfried (Psychologie, Säugling) 39.
Bernhard, Heinrich (Exhibitionismus) 600.
Bernheim s. Mouriquand 560.
Bernhof, F. (Epidemische Encephalitis) 409.
Bernis, W. J. s. Spiegel, E. A. 267.
Berry, James (Kropf) 804.
— John M. (Lumbale Schmerzen) 778.
Bertoin s. Rebattu 313.
— R. s. Rebattu, J. 800.
Bertolani, Aldo (Zwangsbewegungen, Augen) 411.
Bertrand, Pierre s. Latarjet, A. 742.
Berze, Josef (Antrieb u. Hirnstamm) 506; (Beziehungswahn) 718.
Beselin, O. (Sehnerv, Arteriosklerose) 50.
Besta, Carlo (Meningealsyndrom) 168.
Bettmann (Schulterkammsymptom) 817.
Beutter, Ch. (Meningitis serosa) 526.
Beverly, Bert I. (Betragen von Kindern) 380.
Beyer, Ernst (Flimmerskotom) 312.
Biancani, E., et H. Biancani (Spasmophilie, Tetanie, Ultraviolettbestrahlung) 211.
— H. s. Biancani, E. 211.
Bianchi, Leonardo (Parietalsyndrom) 421.
Bianchini, M. Levi s. Levi-Bianchini.
Bickel, Adolf (Magendrüsen) 269.
Biedermann, W. (Wirbeltiere, Integument) 490.
Bielawski, Oskar (Schizophrenie) 717.
Bielschowsky, Max (Ganglioneuron des Gehirns) 315.
Bien, Elias (Zwangsvorstellungen) 475.
Bjerre, Poul (Psychotherapie in Schweden) 293; (Psychanalyse u. Psychosynthese) 515; (Schlafstörung) 642.
Binder (Jugendpflege u. Jugendamt) 247.
Binet, M., et J. Hoche (Serumlähmung) 815.
Bing, Robert (Muskelspasmen u. Tics) 106.
Birkholz (Fossa sphenomaxillaris u. Fissura pterygopalatina) 483.
Birnbaum (Psychisch Abnorme) 243.
— Karl (Couésche Autosuggestion) 294.
Blank, E. (Herpes zoster nach Analgit) 442.
Blanton, Wyndham B. (Herpes zoster) 442.
Blaschke, F. (Lumbalanästhesie, Hirnnervenschädigungen) 64.
Blatz, W. E. (Furcht) 275.
Bleuler, E. (Hystero-Epilepsie) 236; (Schizophrenie) 716; (Affektivität, Suggestibilität, Paranoia) 884.
Bleyl, R. (Stirnhirnabsceß u. Sinusthrombose) 305.
Bliss, M. A. (Beschäftigungstherapie Geisteskranker) 349.
Bloch, Br. (Hautkrankheiten u. Stoffwechsel) 317.
— Giorgio (Niereninnervation) 765.
Bloise, Nicolás Leone, und Orestes Beisso (Encephalitis lethargica) 673.
— — — s. Sicco, Antonio 223.
Blümel, Rudolf (Konstitutionslehre) 240.
Blum, Kurt (Blut- u. Zentralnervensystem) 298; (Syphilis des Rückenmarksabschnittes) 872.
— O. (Thymusdrüse) 395.
Blumenfeld, Walter (Abstraktion) 276.
Blumenthal, A. (Kalorischer Nystagmus) 621; (Meningitis serosa) 850.
— L., und L. Doxiades (Labilität, vegetatives System) 90.
Bluntschli, H. (Hirnhaut) 487.
Bobertag, O., und E. Hylla (Begabungsprüfung) 380.
Bobrie, Jean (Erbsyphilis) 700.
Bodkin, H. A. (Psychische Lähmung) 237.
Böhmig, Wolfgang (Fieberbehandlung, Paralyse) 117; (Multiple Sklerose) 191; Milchfieberbehandlung, Psychose) 295.
Böhner, Margarete (Psychopathenfürsorge) 126.
Boenheim, Curt (Kindliche Infektionskrankheiten) 702.
Boenninghaus, Georg (Meningitis serosa) 61; (Hysterische Sprachlähmung) 726.
Boer, S. de (Muskelfasern, Froschgastrocnemius) 17, 18.
Bogaert van s. Hollander, F. d' 823.
— L. van s. Delbeke, R. 684.
— — — s. Nyssen, R. 175.
— Ludo van (Gehirnbau) 1; (Lateralsklerose) 189; (Ence-

Digitized by Google

phalitis lethargica) 537; (Friedreichsche Krankheit u. Spätskoliose) 681.
Bogaert, Ludo van s. Delbeke 214.
— — — et R. Delbeke (Akromegalie u. Raynaud) 199.
Bogen, Hellmuth (Schule u. Beruf) 636.
Bogomolov, T. (Narkomanie, Sauerstoffeinführung) 721.
Bojovitch, Voukota (Essentielle Epilepsie) 880.
Bok, S. T. (Neuralohr) 737.
— — — s. Smitt, W. G. Sillevis 83.
Bolaffio, Michele (Ovarialinsuffizienz-Behandlung) 868.
Bolte, Richard (Deutsche Unfallgesetzgebung) 818.
Bolten, G. C. (Multiple Sklerose) 191; (Juvenile Muskeldystrophie) 559; (Multiple Sklerose) 684.
Bonaba, José, und Juan José Leunda (Encephalitis u. Keuchhusten) 673.
— — Enrique Porto Pereira und Luis Maria Petriello (Meningitis) 62.
Bonasera, Giuseppe (Tuberkulose u. Geisteskrankheit) 654.
Bond, Earl D. (Seelische Erkrankungen) 165; (Beschäftigungstherapie bei nervösen Krankheiten) 397.
Bondy, Curt (Jugend-Strafvollzug) 476; (Jugendliche Verbrecher) 888.
Bonfiglio, Francesco (Spontanencephalitis des Kaninchens) 877.
Bonhoeffer, K. (Morphinismus) 721.
Bonnet-Lemaire s. Livet, L. 97.
Bonola, F. (Telepathische Phänomene) 645.
Bonvicini, G. (Aphasie des Malers Vierge) 724.
Booth, Jewyl A. s. Holsclaw, Florence M. 562.
Boothby, Walter M., Irene Sandiford, Kathleen Sandiford and Jean Slosse (Thyrotoxin) 204.
Borak, J. (Innersekretorische Erkrankungen. I.) 574.
Borchers, Eduard (Chirurgie des Kopfes) 519.
Bordier, H. (Kinderlähmung, Radiotherapie) 795.
Borgards, Wilhelm (Hilfsschule) 464.
Borgherini, Alexandre (Epidemische Encephalitis) 412.
Borowskij, M. (Hemiatrophia facialis progressiva) 560.
Borremans (Erweichungsherde, Stammganglien) 415.
Borries, G. V. Th. (Nystagmus) 146, 551.
Bosch, Gonzalo, und Arturo Mó (Paralyse, Malariatherapie) 820.
Boshamer, Kurt (Sympathische Nerven, Durchschneidung) 763.
Bossert, Otto (Carpopedalspasmen) 211.
Bostroem (Paranoia) 907.
— August (Entwicklungshemmung, Athetose) 178.
Boström, C. G. s. Arnoldson, Nils 679.
Boulanger, Alfred (Ptosis hereditaria tarda) 869.
Bouman, L., und Ernst Janzen (Encephalitis epidemica) 174.
Bourdier, F. (Akkommodationslähmung) 651.
Bourdon, B. (Worte, Wahrnehmung u. Vorstellung) 152.
Bourguignon, Georges (Chronaxie, Tetanie) 211.
Boutin, P. s. Raynaud, M. 558.
Bouvier, M. s. Desruelles, M. 244.
Bouwdijk Bastiaanse, F. S. van (Encephalitis, Kuhpockenimpfung) 69.
Bovet, Pierre (Religiöses Gefühl) 44.
Bovy, Jos. (Peroneuslähmung) 441.
Bowman, K. M., and C. C. Fry (Geisteskrankheit, Grundumsatz) 655.
Boyd, William (Hirnhautgeschwülste) 404.
Božović, V. (Epilepsie, Chirurgie) 112.
Bracken, Helmut von (Persönlichkeitserfassung) 151.
Brailovskij, W. (Somnolenz u. Schlafzentrum) 776.
Brailovsky, V., M. Tschalissow und M. Bèrlin (Katalase, Nerven- u. Geisteskranke) 284.
Brammer, George (Statisches Gleichgewicht) 16.
Brătescu, Virgil, G. N. Giurea und Virgil Racoveanu (Wirbelsäule-Segmente) 84.
Bravetta, Eugenio (Hypophysäre Cyste u. Dystrophia adiposogenitalis) 695.
Brdiczka, Georg (Opiumvergiftung u. Lobelin) 394.
Bregman, L. E. (Hirntumoren, Röntgenbehandlung) 75; (Herpes zoster u. Gesichtsnervenlähmung) 87.
Bregman, L. E. und L. Nudelman (Brücke, Herderkrankungen) 683.
— — — und T. Simchowicz (Meningitis u. Gehirnabsceß) 679.
Brehmer, Fritz (Musikalische Begabung) 153.
Breitner, B. (Kropfprophylaxe) 573.
Bremer, Fr. W. (Amyostatische Encephalitis-Kranke) 534.
— Frédéric (Kleinhirn u. Muskeltonus) 137; (Strychnin u. Nervensystem. I.) 493.
— Friedrich Wilhelm (Seitenstrangläsion, Sensibilitätsstörungen) 706.
Bresowsky (Amentia u. schizophrene Reaktion) 719.
Breukink, H. (Psychasthenische Verstimmung) 604; (Hypnose) 847.
Briau, Raymond s. Damaye, Henri 68, 724.
Bridges, J. W. (Gemütsbewegungen) 375.
Brief, Josef (Hirnnervenlähmung) 304.
Briese, Marie s. Parhon, C. 94.
Brighenti, Giovanni (Webersches Syndrom) 178.
Brill, E. (Salvarsandermatitis u. Arsenneuritis) 814.
Britton, S. W. s. Cannon, W. B. 98.
Brock, Joachim (Meningoencephale Krankheiten) 524.
— S. s. Wechsler, I. S. 403.
Brodersen, N. H. (Tetanie, Schilddrüsenoperation) 453.
Brodie, Elizabeth (Beschäftigungstherapie) 522.
Broemser, Ph. (Nervenleitung) 841.
Brogsitter, Ad. M., und Wilh. Dreyfuss (Nierensekretion I., II.) 765.
Brokowski, Stefan (Alkoholismus) 339.
Brooke, Margaret C. (Fähigkeiten) 157.
Broussilovski, L. (Gumma der Hypophyse) 447.
Brown, George E., and Alfred W. Adson (Sympathicusganglien) 289.
— — — and Leonard G. Rowntree (Sympathicusdurchschneidung u. Gefäßerweiterung) 784.
— Sanger (Anstaltsbehandlung Geisteskranker) 348.
— II, Sanger (Schwachsinnigen-Fürsorge) 480.
— William (Suggestion u. Persönlichkeit) 45.

Digitized by Google

Browning, William (Encephalitis) 65.
Bruce, James W. (Intrakraniale Blutungen) 109.
Bruchanskij, N. (Delirien, Psychopathologie) 722.
Brucke, K. (Liquor cerebrospinalis) 172.
Brückner (Linsenkern-Degeneration) 416.
— A. (Tasttäuschung) 633.
Brüning, F. (Sympathektomie) 57.
— — und E. Forster (Ohrgeräusche u. Sympathicus) 308.
Brugi, Antonio (Liquorzucker, Meningitis u. Meningismus) 169.
Brugnatelli, Ernesto (Wochenbettpsychosen) 719.
Brunner, Hans (Traumatische Innenohrerkrankungen) 459; (Otogener Kleinhirnabsceß) 681.
— Robert (Psychiatrie) 890.
Brunschwiler, Karl (Meningitis acuta) 331.
Bruskin, I. (Gehirnabsceß) 305.
— J., und S. Frenkel (Encephalographie) 282.
Brussilovskij, L. (Nervus oculomotorius-Lähmung) 313; (Progressive juvenile Paralyse u. Syphilis) 714.
Bucciardi, Giulio (Hydrocephalus) 662.
Budagova, M. (Hirntumor u. Encephalitis) 422.
Büch, E. (Sensorische Aphasie) 678.
Büchler, P. (Nervensystemerkrankungen [Moravcsik-Gedenkbuch]) 127.
— — und L. Gombos (Reflexe des vegetativen Nervensystems [Moravcsik-Gedenkbuch]) 127.
Bühler, Charlotte (Märchen- u. Kinderphantasie) 40.
Bürklen, K. (Theorie des Tastens) 633.
Bufalini, Maurizio (Schädelplastik) 519.
Bugnion, E. (Instinkt) 772.
Buhtz, Gerhard (Unfallneurosen u. Reichsversicherung) 591.
Bujas, Ramiro (Suggestive Analgesie) 45.
Buijtendijk, F. J. J., und H. Plessner (Mimischer Ausdruck) 35.
Bulatao, E., and W. B. Cannon (Endrokrine Drüsen. XVI.) 99.
Bumke (Exogene Reaktionsformen in Psychiatrie) 653.
Bunnemann, Otto (Versehen der Schwangeren) 640.
Burch, Frank E. (Amblyopie u. Amaurose) 236.
Burdenko, N. (Chirurgie, Rükkenmarkswurzeln) 365.
Burill s. Traikin 195.
Burr, Charles W. (Chorea) 854.
— H. S., and Marion E. Snavely (Hyoscin-Hydrobromid u. Nervensystem) 840.
Burtt, H. E., and W. W. Tuttle (Patellarreflex) 272.
Buscaino, V. M. (Schwarzreaktion, Urin. II.) 282; (IV.) 283; (Encephalitis epidemica) 668.
Buschke, A., und Martin Gumpert (Sexualcharakter des Kopfhaarkleides) 729.
— — und Helene Ollendorff (Zwischenhirn bei Pemphigus) 6.
Busemann, A. (Lyrische Produktivität) 509.
Busik, M. S., und D. M. Mitnitzky (Magentätigkeit u. Gehirnerkrankungen) 648.
Businco, A. s. De Lisi, L. 668.
Busquet et Esquier (Zosteriforme Achromie) 803.
Buzello, Arthur (Wundstarrkrampf) 328.
Buzzard, E. Farquhar (Nervenkrankheiten) 660, 848.
Bychovskaja, G. (Rückenmarkstumor u. Syringomyelie) 556.
Bychovskij, Z. (Endokrine Drüsen) 694.
Bychowski, Gustav (Psyche u. Genitalsystem) 235; (Psychosen) 516.
— Z. (Hemianopsie, Encephalitis) 302.

Cabot, Richard C. (Differentialdiagnose) 48.
Caeiro, José A. (Nervus ulnaris u. medianus) 801.
Cajal, S. R. (Nervenendplatten in Zunge) 742.
Calm, A. W. s. Loewenstein, Joseph 321.
Cambilargiu, Maria Stanquitz s. Stanquitz Cambilargiu, Maria.
Campanari, C. s. Ducceschi, V. 758.
Campbell, Horace E. (Chondrodysplasie) 321.
— J. Argyll (Tetanie) 210, 581.
Campion, George G. (Reflektives Denken) 273.
Caneghem, van (Neuritis retrobulbaris) 51.
Cannon, W. B. (Endokrine Drüsen u. Stoffwechsel) 565.
— — — and S. W. Britton (Endokrine Drüsen. XV.) 98.
— — — s. Bulatao, E. 99.
Cantonnet, A. (Epidemische Encephalitis, Augenmuskellähmungen) 669.
Capite, Antonio de s. De Capite, Antonio.
Cardillo, Furio (Linsenkernschädigung) 416.
Carlson, A. J. s. Jacobson, Edmund 372.
Carmichael, Leonard (Eidetische Anschauungsbilder) 380; (Erblichkeit u. Umwelt) 730.
Carnot, P., et E. Terris (Ödeme u. Myasthenie) 78.
Carp, E. A. D. E. (Schizophrene Psychose) 338, 717.
Carpi, Umberto (Oblongatagliom) 424.
Carr, Marjorie s. Korenchevsky, Vladimir 320.
Carrau, Antonio (Serumkrankheit, Radialislähmung) 815.
Carriat, René s. Gilles, André 593.
Carulla, Vicente s. Castells, Herminio 434.
Casaubon, Alfredo s. Acuña, Mamerto 849.
— — und Perlina Winocur (Infantilismus) 866.
Casella, Benedetto (Hirnnerven) 441.
Cassity, John Holland (Schizophrenie) 226.
Castaldi, Luigi (Aquaeductus cerebralis) 737; (Nebennierenrinde u. Körperwachstum) 810.
Castellino, P. (Flajani-Basedowsches Syndrom) 575.
Castells, Herminio, und Vicente Carulla (Röntgentiefentherapie, Kinderlähmung) 434.
Castro, Aloysio de (Kinn-Hautreflex) 500.
Catania, Vito (Ganglion submaxillare u. Ramus pharyngeus) 3.
Cauvy, Georges (Tabes) 554.
Cavallucci, Ugo (Lues hereditaria) 700.
Cavaman, Zoe s. Parhon, C. J. 318.
Cavengt, Santiago (Oppenheim-Werdnig-Hoffmann'sche Krankheit) 88; (Mongolismus) 712.
Cazzamalli, Ferdinando (Telepsychische Phänomene) 47.
Cedercreutz, Axel (Innersekretorische Störungen) 456.
Cedrangolo, Ermanno (Myasthenie) 78.
Celasco, Juan Luis (Sklerodermie mit Sklerodaktylia) 692.
Černi, L. (Hemiatrophia faciei) 693.
Černyšov, S. (Zwergwuchs) 448.

Digitized by Google

Cesari, Gastone (Akromegalie u. Akromegaloidie) 199.
Cestan, Sendrail et Lassalle (Liquor cerebrospinalis, Acidose) 63.
— R., Marcel Sendrail et H. Lassalle (Akromegalie, Grundumsatz) 570.
Četverikov, N. (Postencephalitischer Parkinsonismus) 531.
Chabrol, M. s. Tournade, A. 579, 811.
Chalier, André (Halssympathicus-Resektion bei Basedow) 452.
— J., et Schoen (Cereprospinalmeningitiden) 526.
Chalmers, A. K. (Epidemische Krankheiten, Zentralnervensystem) 401.
Charousek (Labyrinthfistel) 550.
Charpentier, P. J. L. (Dementia praecox) 226, 469.
Chase, Walter D. (Kleinhirnabsceß) 76.
Chauffard, A., et L. Girot (Basedowsche Krankheit) 95.
Chavskij, B. s. Kozernikov, A. 325.
Chevallier, A. s. Cluzet, J. 627.
— Paul s. Marie, A. 467.
Chiba, M., und F. Plattner (Nerven-Querdurchströmung) 758.
Child, C. M. (Cephalocaudale Differenzierung, Vertebraten) 131.
Chiurco, Giorgio Alberto (Motorische Lokalisationen) 257.
Chodkov, W. (Meningocele spinalis spuria traumatica) 330.
Cholin, N. (Trigeminusneuralgie, Chirurgie) 689.
Choroško, W. (Epilepsia partialis continua) 710.
Christiansen, Viggo (Migräne) 312.
Cioni, Gastone (Simulation von Nierensteinen) 238.
Citelli, Salvatore (Gehirnabsceß) 304.
Clark, E. P. s. Collip, J. B. 811.
— R. M. (Paralyse, Spirochaeta pallida) 713.
— William Arthur (Torticollis) 588.
Claude, F., et H. Saleur (Asthma u. Ovarialstörungen) 207.
— H., R. Targowla et Badonnel (Psychopathie, Blutcholesterin) 655.
— Henri (Dementia praecox u. Schizophrenie) 226.
— — et Marcel Montassut (Echte Paranoia) 723.
Členov, L. (Dorsalreflex, Adductoren) 271.
Clute, Howard M. s. Lahey, Frank H. 806.
Cluzet, J., et A. Chevallier (Hochfrequenzströme) 627.
Cockrill, J. R. (Goldsol-, Benzoe- u. Mastixreaktion, Liquor) 64.
Codreanu, Alex. s. Nestor, N. I. 403.
Coenen, Philipp (Paralyse u. Mesaortitis syphilitica) 596.
Cohen, Armand E. s. Levy, Isidore I. 786.
— G. s. Siemens, H. W. 687.
— Ira (Periarterielle Sympathektomie) 783.
Cole, Elbert C. (Nervenzellen u. Interstitialzellen) 270.
— Lloyd G. s. Everhart, Edgar S. 81.
— W. C. C. s. Montgomery, J. C. 189.
Colella, Cataldo (Tollwutvirus) 875.
Coleman, Claude C. (Laminektomie) 62.
Colledge, Lionel s. Ballance, Charles 492.
Collin, Remy (Hypophysäre Neurocrinie) 198.
Collins, K. H., and A. L. Tatum (Speichelreflex u. Morphium) 620.
Collip, J. B. (Nebenschilddrüsenhormon) 100; (Nebenschilddrüsen) 321.
— — — E. P. Clark (Nebenschilddrüsenhormon II.) 811.
Colmers (Phrenicus u. Sympathicus, Chirurgie) 521.
Colonieu s. Leblanc, E. 259.
Colucci (Schwachsinnige Kinder, Italien) 248.
Compayre, Gabriel (Kindesseele) 774.
Cone, Vernon (Poliomyelitis anterior) 81.
Conighi, Riccardo (Nervenzellen im Zentralnervensystem) 834.
Constantinescu, C. D., und Julian Cristea (Tuberkulöse Meningitis, Liquor) 787.
Coombs, Helen C. (Nervenwurzeln, bulbäre Anämie) 14.
Coppola, Alfredo (Psychophysische Einheit) 160.
Cordes, Wilhelm (Cerebrale Malaria) 674.
Cords, Richard (Sehstrahlung) 11.
Corin, Jos. (Halsrippe) 798.
Cornelius, René s. Laignel-Lavastine 656.
Cornil, Lucien (Kopfschmerzen u. Nebennieren) 209.
Corning, H. K. (Entwicklungsgeschichte des Menschen, Lehrbuch) 129.
Cornwall, Leon H., and Charles A. McKendree (Torulainfektion des Zentralnervensystems) 68.
Cossa (Wahn) 166.
Count, E. R. le s. Le Count, E. R.
Couretas, D. s. Rouquier, A. 500.
Courrier, R. (Hormone der Eierstöcke) 453.
Covone, Roberto (Hirnhautentzündung) 169.
Crawford, A. S. s. Meek, Walter J. 139.
Créteur, H. M. (Paralyse, Malariabehandlung) 598.
Creutzfeldt, Hans Gerhard (Experimentelle Poliomyelitis 141; (Morphinismus) 884.
Crinis, Max de s. De Crinis, Max
Cristea, Julian s. Constantinescu, C. D. 787.
Critchley, Macdonald (Hirntumoren bei Kindern) 674.
— — and Charles S. Kubik (Bulbärparalyse) 682.
Croner, Else (Psyche weiblicher Jugend) 42.
Cronin, Herbert J. (Paranoia) 724.
Crouzon, Dereux et Kenzinger (Pseudobulbärparalyse) 539.
Crowell, C. s. Bazett, H. C. 14.
Csörsz, Karl s. Benedek, Ladislaus 334.
Čugunov, S. (Kinder, geistige u. motorische Defekte) 710.
Cummer, L., and Frank R. Lynn (Wassermannreaktion) 663.
Cuneo, Gerolamo (Epilepsie, Pathogenese. VI.) 592.
Curschmann, Hans (Stoffwechseluntersuchung, Neurosen) 450. (Nervöse Dyspepsien) 603.
Cushing, Harvey (Dritter Kreislauf) 488; (Cameron-Vorlesungen II. Hypophyse) 865.
— — s. Davis, Loyal E. 291.

D'Abundo, Emmanuele (Chorea minor) 72; (Klinische Kasuistik. V.) 409; (Hypothalamus u. Hirnschenkel) 491.
— Giuseppe (Zentralnervensystem) 485.
Dahlström, Sigurd, und Sigval Jacobsen (Anormale Kinder in Norwegen) 247.
Daiber, Georg (Geistes- u. Nervenkrankheiten, Blutbild) 654.
Dailey, Mary Elizabeth s. Fremont-Smith, Frank 63.
Dalma, Giovanni (Liquordruck. Epilepsie) 463.
Dalsace, Jean, et Ch.-O. Guillaumin (Ovariektomie) 320.

Digitized by Google

Damaye, Henri, et Raymond Briau (Meningoencephalitis) 68; (Syphilis u. paranoide Psychose) 724.
Dana, Charles L., Thomas K. Davis, Smith Ely Jelliffe, Henry Alsop Riley, Frederick Tilney and Walter Timme (Nerven- u. Geisteskrankheit, Vererbung.) 346.
D'Ancona, Umberto (Cajalsche Schule) 744.
Dandy, Walter E. (Hirnchirurgie) 548.
Daniélopolu, D., et I. Marcu (Nervus vertebralis) 2.
— — — G. G. Proca (Herznerven u. heterotope Kontraktionen. I.) 370; (II.) 371.
Danilewskaja, E, D., und G. I. Markov (Sklerodermie) 196.
D'Antona, L. s. D'Antona, S. 618.
— Leonardo (Ischias spastica) 690.
— S. (Myotonia atrophica) 323.
— — e L. d'Antona (Experimentelle Meningitis) 618.
Danulescu, C. s. Noica 180.
Daraszkiewicz, L. (Paralyse) 336; (Schizophrenie) 719.
Darder, Ventura C. s. Garmendia, Francisco S. 847.
Darléguy s. Vialard 525.
Darvai, Dénes (Zurechnungsfähigkeit u. Strafrecht) 476.
Dashiell, J. F. (Gehirn u. Denken) 632.
Daspit, Henry (Syphilitische Leptomeningitis) 583.
David et Dekester (Encephalitisepidemie) 669.
— Erich (Morphiumentwöhnung) 230.
Davidendov, S. (Sehnen-Periostreflexe) 527.
Davidović, S. (Traumatische Epilepsie) 219.
Davidovic, S. (Pseudohermaphroditismus masculinus internus) 453.
Davidson, Anstruther (Herpes zoster-Ätiologie) 802.
— Edward C., and Clyde I. Allen (Blutzuckerkurve, Kopfverletzungen) 218.
Davis, Loyal E., and Harvey Cushing (Reinfusion von Blut) 291.
— Thomas K. s. Dana, Charles L. 346.
Debray, M. E. s. Roubinovitch 465.
Debré, Robert, Lévy-Solal, Georges Netter et Longchampt (Varicellen) 409.
De Capite, Antonio (Cerebrale Kinderlähmungen) 415.
Decker, Henry, B. s. Knowles, Frank C. 172.
De Crinis (Epileptischer Symptomenkomplex, Stoffwechsel) 709.
Decroly (Intelligenzprüfung) 378; (Tests) 379.
— O. (Intelligenzmessungsverfahren) 377.
Décsi, K. (Dämmerzustand nach Alkohol [Moravcsik-Gedenkbuch]) 127.
Dědeček, Josef s. Pělnář, J. 682.
Dedichen, H. A. Th. (Paralysebehandlung) 467; (Irrenpflege in Norwegen) 732.
De Giacomo, Umberto (Athetose) 417.
Deist, Hellmuth (Meningitis tuberculosa, Solitärtuberkel u. Paralysis agitans) 526.
Dekester s. David 669.
De la Paz, D. (Blutzuckerregulation) 369.
Delater, G. s. Worms, G. 866.
Delbeke et Ludo van Bogaert (Syphilitische Radiculitis) 214.
— R. s. Bogaert, Ludo van 199.
— — et L. van Bogaert (Diffuse progressive Muskelatrophie) 684.
Del Greco, Fr. (Psychanalyse.) 515.
Delherm et Laquerrière (Basedowsche Krankheit, Elektrotherapie) 697; (Spinale Kinderlähmung) 795.
De Lisi, L., e A. Businco (Encephalitis epidemica) 668.
Delmas-Marsalet, P. (Scopolamin, postulare Reflexe) 369; (Haltungsreflexe) 631.
— - — — s. Pachon, V. 619.
De Lorenzi, F. (Spasmophilie) 812.
De Marco, Frederico (Bewußtsein) 505.
Démétriades, Th. D. (Gehörorgan) 26.
— — — s. Spiegel, E. A. 16
Demole, V. (Hydrocephalus) 331.
De Nigris, Giovanni (Tickrankheit) 588.
Dennig, Hellmut (Harnblasen-Innervation) 766.
Dennis, Frank L. (Herpes zoster des Ohrs) 195.
De Paoli, Mario (Amentiale Geistesstörungen) 229.
Dercum, Francis Ü. (Sehhügel) 136.
Dereux s. Crouzon 539.
Derman, G. L. (Neurinomatose) 556; (Gehirn-Teratome) 858.
— — — s. Ehrlich, S. L. 10.
Derr, John S. (Hirntumor, Strahlenbehandlung) 861.
Desruelles, M., et M. Bouvier (Typhus) 244.
De Stermich, Silvio (Spinia bifida occulta) 193.
Determann (Dysbasia angioscleratica, Diathermie) 693.
De Toni, Giovanni (Traumatische Meningitis) 789.
Detwiler, S. R. s. May, Raoul M. 140.
Deuticke, H. J. s. Embden, G. 755.
Deutsch, Felix (Gemütsbewegungen, Energiestoffwechsel) 45.
— Helene (Sport) 34.
Dexler, H. (Tierpsychologie) 643.
Dezwarte (Autonomes Gehirn) 12.
D'Hollander, F. s. Hollander, F. d'.
Diamond, Isadore B. s. Hassin, George B. 538.
Dietel, Friedrich (Salvarsanschäden) 104.
Diez, Julio (Sympathektomie) 56.
— Salvatore (Lumbalgischer u. lumbarthritischer Symptomenkomplex) 109.
Di Marzio, Q. s. Marzio, L. di.
Dirksen, Eduard (Asoziale Familien) 726.
D'Istra, Antonio (Poliomyelitis anterior) 434.
Dittler, R. (Elektrophysiologie) 148.
Di Tullio, B. s. Tullio, B. di.
Divry (Realitätsgefühl) 783.
Dobrochotoff, V. (Sanatorien für Nervenkranke) 607.
Dodge, Raymond (Hemmung) 374.
Dohlman, Gösta (Nystagmus) 186.
Dohme, B. (Pupillenphänomene) 780.
Dott, Norman M., and Percival Bailey (Hypophyse) 92.
Dowman, Charles Edward (Thrombose der Vena Rolandi) 539; (Nn. medianus, ulnaris u. radialis, Lähmung) 864.
Doxiades, L. (Muskelverdickungskurven) 629.
— — s. Blumenthal, L. 90.
Doyon, M. (Nerven- u. Magenmotilität) 764.
Draganesco, S. s. Marinesco, G. 683.
Draper, George (Anlagefaktor bei Krankheiten) 829.
Dreesmann (Strumametastase) 531.

Digitized by Google

Dreikurs, Rudolf (Soziale Fürsorge u. Psychiatrie) 125.
Drever, James (Bewußt u. unbewußt) 152.
Dreyfus, G. L. (Schlafmittel) 516.
Dreyfus-Sée s. Rathery, F. 171.
Dreyfuss, Wilh. s. Brogsitter, Ad. M. 765.
Driesch, Hans (Psychologie) 503.
Dubruille s. Nayrac 228.
Ducceschi, V., e C. Campanari (Kehlkopfmuskeln) 758.
Duchateau et Paul Verstraeten (Paralyse, Wismutinjektionen) 338.
Ducuing, J., et A. Viela (Trigeminusneuralgie, Alkoholinjektion) 689.
Düker, Heinrich (Determination) 377.
Dürck, Hermann (Zentralnervensystem-Erkrankungen) 613.
Dürken, Bernhard (Rana fusca, Extremitäten u. Nervensystem) 489.
Dufourmentel s. Béhague 440.
Dujardin, B. (Paralyse) 223.
Dujarric de la Rivière, R., et Et. Roux (Antimeningokokkenseren) 785.
Dumas, A. (Hirnstörungen, Hypertension) 64.
Duncan, A. G. (Familiäre Neurosyphilis) 585.
Dunn, A. D. s. Thompson, Chester Q. 199.
Dunphy Edwin Blakeslee (Ophthalmoplegia internuclearis) 871.
Durand, J. s. Hautant, A. 550.
Dutheillet de Lamothe (Halswirbel-Spontanfraktur) 705.
Dutt, Sital Chandra s. Sital Chandra Dutt.
Duzár, J. (Chorea minor, hormonale Behandlung) 854.
Dworak, Karoline (Intelligenz bei sprachgestörten Kindern) 856.
Dye, Joseph A. (Kretinismus u. Tetanie) 807.
Dyrenfurth, F. (Schriftfetischismus) 601.

Easby-Grave, Charlotte (Intelligenztest) 42.
East, W. Norwood (Sexuelle Vergehen) 344.
Easterbrook, C. C. (Geistig Defekte) 164; (Geistesstörungen) 165.
Eaton, Paul s. Aycock, W. Lloyd 433.
Ebaugh, Franklin G. s. Strecker, Edward A. 823.
Ebbecke, U. (Nerven u. Muskeln, Messung) 843.
Eckel, John L. s. Winkelman, N. W. 813.
Eckstein, A., und E. Mommer (Kropf im Kindesalter. III.) 867.
— — und Maria Nuelle (Kropf im Kindesalter. IV.) 867.
Economo, C. von (Uncus) 484; (Hirnwindungen) 742; (Lobus cinguli u. Lobus insulae) 833
— Constantin Freiherr von, und Georg N. Koskinas (Hirnrinde, Cytoarchitektonik) 484.
Efron, N., und Z. Grżebin (Liquor, Syphilis) 324.
Eggert, K. s. Alfes, H. 857.
Egloffstein, Leo von (Zeugenaussage u. Trunk) 119.
Ehrhardt, K. (Schädeldefekt) 530.
Ehrlich, S. L., und G. L. Derman (Neurogene Fibrome) 10.
Eicken, Carl van (Luftblasen, Schädel) 164.
Einsiedel, v. (Paralyse) 336.
Eldridge, Seba (Intelligenz im Gemeinschaftsleben) 771.
Elekes, N. s. Urechia, C. I. 7, 68, 409, 671.
Eliasberg, W. (Psychotherapie der abhängigen Arbeit) 846.
Eliott, Arthur R. s. Hirsch, Edwin F. 547.
— George R. (Osteoarthritis spinalis) 798.
Ellis, Havelock (Traumsynthese) 641.
Elsberg, Charles A. (Rückenmarkstumoren) 82; (Hirntumoren-Struktur) 675.
— — — s. Riley, Henry Alsop 545.
Elwyn, Herman (Schwangerschaftseklampsie) 104.
Embden, G., H. Hirsch-Kauffmann, E. Lehnartz und H. J. Deuticke (Milchsäurebildung, Tetanus) 755.
— Gustav, und Hans Jost (Muskelermüdung) 367.
Emery, F. E. (Temperatur u. Muskeltonus) 500.
Engel, St. (Schlecht essende Kinder) 600.
— Werner (Schilddrüsen-Innervation) 696.
Engelhard, C. F. (Psychiatrische Ziffern aus Java) 658.
Enyedy, Z. s. Hajós, K. 759.
Epstein, Herbert A. (Multiple Sklerose, Fieber) 685.
Erhard, Ignaz (Seelische Ursachen u. Nervenleiden) 395.
Erlanger, Joseph s. Gasser, H. S. 496.
Eschbach, H. (Parkinsonismus u. Encephalitis) 301.
Escuder, Núñez P. (Stirnlappen-Tumoren) 456.
Escudero, Pedro (Mesenterialplexus, Neurose) 725.
Esquier s. Busquet 803.
Estapé, José Maria (Neuro-axitis u. Sydenhamsche Chorea) 793.
Etchepare, Bernardo (Dementia praecox, Pseudoödem) 821.
Everhart, Edgar S., and Lloyd G. Cole (Poliomyelitis) 81.
Eversbusch, G. (Tuberkulöse) 279.
Ewald, G. (Krankheitseinheit) 283; (Motilitätspsychose) 340; (Paranoia, manisches Element) 723.

Fairhall, Lawrence T. s. Aub, Joseph C. 216.
Faldini, Giulio (Myatonia congenita) 560.
Falk, Walter (Facialisphänomen) 454.
Falkiewicz, Tadeusz (Amyotrophische Spinallues) 700.
Faltitschek, J. s. Hess, Leo 195.
Faltlhauser, Valentin (Geisteskrankenpflege) 479.
Famiglietti, Giuseppe (Tetanustherapie) 876.
Farrow, E. Pickworth (Psychanalytische Methode) 46.
Favaloro, Giuseppe (Augensymptome parahypophysären u. hypophysären Ursprungs) 445.
Favill, John, D. E. Faxon and D. A. Palmer (Halsmarkgeschwulst) 84.
— — and Charles F. Rennick (Periodische Lähmung) 456.
Favory, Albert (Hypophysengeschwülste) 569.
Fawcett, Edward, Geoffrey Hadfield and PercyPhillips (Nebennierenvirilismus) 811.
Faworskij, A. (Disseminierte Sklerose) 436.
Faxon, D. E. s. Favill, John 84.
Feigenbaum, Dorian (Hysterische Depression) 474.
Feil, A. s. Heim de Balsac, F. 327.
Feldmann, Ernst (Suprarenale Pseudarrhenie) 868.
— P. (Hirnnerven) 800.
— Sándor (Potenzstörungen, Psychanalyse) 294.
— W. (Syphilis des Zentralnervensystems) 584.
Felix, Willy (Knochenregeneration) 257.
Fendel, Heinz (Psychogenie) 474.
Fenichel, Otto (Strafbedürfnis) 642.

Digitized by Google

Fenton, Norman (Antizipationsneurosen) 236.
Fergusson, William G. s. Raphael Theophile 535.
Fernbach, Hans s. Weise, Kurt 406.
Ferree, C. E., and G. Rand (Pupillometer) 780.
Ferrero, V., e G. Sacerdote (Thyreoidea- u. Parathyreoidea-Tumoren) 573.
Ferretti, Corrado (Leptomeningitis) 786.
Ferri, Guido (Kleinhirn, Chirurgie) 364.
Fetscher, R. (Elternschaft u. Erbmerkmale des Kindes) 347. (Sexualverbrecher) 888.
Fèvre de Arric, le s. Le Fèvre de Arric.
Filimonov, I. (Carcinomatosis, Zentralnervensystem) 423.
Finckh (Polyneuritis, Arsenikvergiftung) 87.
Fink, Lotte s. Schwartz, Ph. 589.
Finkelstein, H. (Schilddrüsenvergrößerungen) 94.
Fischer, Aloys (Psychologische Jugendforschung) 372.
— B. s. Wodak, E. 620.
— H., und Jenö Thurzó (Epilepsie) 707.
— Josef (Neugebilde, Gehörorgan) 431.
— Max (Irrengesetzgebung. II) 122; (Unfruchtbarmachung Geisteskranker) 242; (Krankengeschichte, Herausgabe an Behörden) 897.
— Olga (Hypophysengeschwülste, Ratte) 461.
— Siegfried, und Walter Welke (Trugwahrnehmung) 285.
Fisher, Fred (Neuralgie, Ganglion sphenopalatinum) 85.
— N. F., and E. Larson (Epithelkörperchen u. parathyroidektomierte Tiere) 811.
Flarer, Franco (Muskeltonus) 628.
Flatau, Edward (Chromoneuroskopie) 528.
Fleck, Ulrich (Paralyse, Malaria u. Recurrensbehandlung) 714.
Florio, Armando (Motorische Augennerven, Lacerta viridis) 132.
Flury, Ferdinand (Gasvergiftung) 874.
Foerster, O. (Encephalographie) 388; (Sensible Nerven) 625.
Förtig, Hermann (Syphilis u. Liquor) 324, 529.
Fohl, Theodor (Nervennaht, Radialislähmung) 313.
Foix, Ch. (Aphasie) 180.
Foix, Ch., et A. Thévenard (Haltungsreflexe, Stoßphänomen) 368.
— Charles, et Pierre Hillemand (Arterien, Hirnstamm) 359.
Folly, E.-R.-M. (Beinreflexe) 54.
Fontes, Joaquim (Enervierte Froschmuskeln) 627.
Forcher, Hugo (Diebstahlskriminalität) 120.
Ford, F. R. (Steißgeburten) 817.
Fordyce, John A., Isadore Rosen and C. N. Myers (Syphilisstudien. XVI.) 840.
Forel, O.-L. (Psychologie der Neurosen) 343.
Forestier, Jaques (Lipiodol in Lumbalflüssigkeit) 310.
Fornara, Piero (Liquor cerebrospinalis, Lähmung) 63; (Juvenile progressive Paralyse) 820.
— — s. Artom, Mario 802.
Forster, E. (Spirochäten bei Paralyse) 224.
— — s. Brüning, F. 308.
Forti, Clara (Liquor, reduzierende Substanz) 528.
Foti, Pietro (Sydenhamsche Chorea) 541.
Fränkel, Ernst s. Lewy, F. H. 618.
Francke (Jugendgerichtsgesetz) 238.
François, Marcel, I. Meyerson et Henri Piéron (Gleichgewichtsreaktionen) 630.
Frantz, A. M. s. Stookey, Byron 311.
Franz, Ilse (Hirnsubstanzhernien) 7.
Frawley, John M. s. Noble, Thomas P. 796.
Frazier, Charles H., and Francis C. Grant (Hypophysenerkrankungen) 92.
— — — and Edward Whitehead (Gassersches Ganglion) 741.
Freeman, Walter (Gliose u. Hirntumor) 73; (Paralysis agitans) 418.
Fremel, F. (Nystagmus) 77; (Kleinhirnabscesse) 680.
Fremont-Smith, Frank, and Mary Elizabeth Dailey (Chloridgehalt, Liquor) 63.
Frenkel, S. s. Bruskin, J. 282.
Frensdorf (Luminal-Übergang in Muttermilch) 873.
Frets, G. P. s. Visser, J. J. 822.
Freud, Paul (Enuresis nocturna) 59.
— Sigm. (Geschlechtsunterschied) 383.
Freudenberg, Karl (Selbstmorde) 657.
Freund, C. S. (Huntingtonsche Chorea) 180.
Frey, M. v. (Druckempfindungen) 624.
Freydank, Walter s. Löhr, Hanns 200.
Freystadtl, Béla, und Gustav Morelli (Zungensensibilitätsprüfungen) 263.
Fribourg-Blanc (Pagetsche Krankheit) 322.
Fried, B. M. (Hirnsarkomatose) 858.
Friede, K.-A. s. Kritschewsky, J. L. 598.
Friedenthal, Hans (Physiognomik) 35.
Friedinger, Elsa (Neuritis nervi optici u. multiple Sklerose) 436.
Friedjung, Josef K. (Psychoneurose, Kind) 473; (Onanie) 601.
Friedländer, A. A. (Angerstein u. psychanalytisches Gutachten) 120; (Eukodalismus u. Gesetz) 721.
— Walter (Bewahrungsgesetz-Entwurf) 349.
Friedmann, Alice (Männlicher Protest) 638.
Fröhlich, Karl (Religionsphilosophie) 773.
Froelich, A. s. Merklen, Pr. 525.
Frohböse, H. s. Beck, A. 877.
Fronda, Rodrigo (Nervine Murri) 394.
Frugoni, C. (Chronische Tetanie) 582.
Frumkin, J. P. s. Serejski, Mark 883.
Fry, C. C. s. Bowman, K. M. 655.
Fuchs, A. (Sehnervenentzündung) 50.
— Alfred (Periphere Facialislähmung) 800; (Epilepsie) 816.
Fürbringer (Yohimbinvergiftung) 702.
Fürst, Th., und Fr. Lenz (Vererbung bei begabten Familien) 831.
Fujita, Uniroku (Guanidin, Muskeltonus) 149.
Fulton, J. F. s. Ballif, L. 139.
— — — and E. G. T. Liddell (Hemmungsrhythmus) 20.
— John, F. (Skelettmuskel, Latenzperiode) 496; (Muskelfasern) 755.

Gabbe, E. (Insulinkrämpfe) 748.
Gaillard, R. s. Lannois, M. 551.
Gaines, Lewis M. (Neurosyphilis) 324.
Galant, Johann Susmann (Abbaureflexe) 29; (Konstitutionsanomalie) 241; (Reflex, Auto-

Digitized by Google

matismus, Instinkt) 271; (Eunuchoidismus) 453; (Hysteroepilepsie) 605; (Halluzinose u. Algohalluzinose) 782.
Galewsky (Paralyse) 337.
Gallerani, G. (Atmung) 363.
Galluppi, A. (Unterentwicklungen) 566.
Gamberini, Mario (Kopftetanus) 328.
Gamble, C. J., O.H. Perry Pepper and G. P. Muller (Zwerchfelltic) 175.
Gammeltoft, S. A. (Hirnblutung, Eklampsie) 415.
Ganahl, Arnold (Deutscher Strafgesetzbuch-Entwurf) 889.
Ganter, Rudolf (Psychopathologisches aus Homer) 350.
Gantkowski, Pawel (Alkoholiker-Behandlung) 723.
Garai, Frank (Metasyphilitische Zustände) 586.
Gareiso, Aquiles (Erblues u. Epilepsie) 332.
Garmendia, Francisco S., und Ventura C. Darder (Psychiatrische Therapie) 847.
Garofeanu, M., et N. Lazar (Cholesteringehalt, Liquor) 172.
Garrelon, L., D. Santenoise et A. Le Grand (Pankreas u. Parasympathicus) 261.
Garrett H. E. s. Naccarati, Sante 240.
Garriga, Manuel (Liquor, Wassermannreaktion) 665.
Gartner, Pál (Lebensinstinkt u. Todesinstinkt) 656.
Gasser, H. S., and Joseph Erlanger (Ischiadicus) 496.
Gates, Arthur I., and Grace A. Taylor (Gedächtnis u. Übung) 376.
— Georgina Stickland (Soziale Wahrnehmung) 41.
Gatti, A. s. Kiesow, F. 274.
Gau (Krüppelfürsorge) 607.
Gaupp, Robert (Unfruchtbarmachung Minderwertiger) 121, 832; (Psychologie des Kindes) 774.
— — und Friedrich Mauz (Krankheitseinheit u. Mischpsychosen) 653.
Gaw, Frances (Werkprüfungen) 154.
Gehuchten, Paul van (Kleinhirntumor u. Sehnenreflexe) 427.
Geimanovič. A. (Kniesehnenreflexe) 631.
Gelderen, Chr. van (Zwischenrippenmuskeln) 368.
Gellhorn, Ernst s. Abderhalden, Emil 209.
Gelma, Eugène (Progressive Paralyse) 713.
Gelmann, J. (Vago- u. Sympathicotonie) 758.
Gemelli, Agostino (Militärische Rekrutierung) 637.
Gemünd, Wilh. (Leben u. Anpassung) 31.
Genil-Perrin (Suggestionen) 660.
Genna, Giuseppe E. (Hirnfurchen) 481.
Genoese, G. (Spasmophiles Syndrom) 813.
Gens, Joha. G. F. de (Tetanie u. Alkalose) 812.
Georgi, F. (Epileptischer Anfall) 220.
— — und H. Münch (Liquorreaktion, Syphilis, Fiebertherapie) 173.
Gerlach, Fr. (Verminderte Zurechnungsfähigkeit) 118.
— W. (Megalencephalie) 4.
Gerson, W. (Paralyse) 596.
Gerster, Karl W. (Narzißmus u. Homosexualität) 235.
Ghislanzoni, Carlo (Herpes der Ohrmuschel) 799.
Giacanelli, Vittor Ugo (Schizophrener Symptomenkomplex) 718.
Giacomo, Umberto de s. De Giacomo, Umberto.
Gibbs, Charles E. (Nebennierenrinde, Dementia praecox) 468.
Gickelhorn, Jos. s. Keller, Rud. 265.
Gjertz, Emil, et Sven Hellerström (Ganglion Gasseri, Geschwulst) 314.
Giese, E., und W. Ossinskaja (Syringomyelie, Röntgenbehandlung) 796.
— Fritz (Kulturpathologie) 160; (Psychologische Profile) 510.
Gilarowsky (Arteriosklerose) 882.
Gildemeister, Martin (Isolierte Nervenleitung) 498.
Gilles, André, et René Carriat (Psychanalyse u. Epilepsie) 593.
Gindze, B. (Gehirnarterien) 743.
Giorgio, A. di (Zeigeversuch) 552.
— — — e G. Simonelli (Thalamuskatzen) 746.
Girone, Vincenzo (Buscainosche Reaktion) 284.
Girot, L. s. Chauffard, A. 95.
Giroux, René (Intermittierendes Hinken) 693.
Giuffrè, Liborio, e Lorenzo Mannino (Liquor-cerebrospinalis-Temperatur) 664.
Giurea, G. N. s. Bratescu, Virgil 84.
Giurgiu, C. s. Obregia, A. 284.
Giusti, L., und B. A. Houssay (Gehirnläsionen) 492.
Glamser (Starrkrampferreger) 875.
Glanzmann, E. (Habitus u. innere Sekretion, Kleinkinder) 90.
Glaser, F. (Vegetative Neurose) 316.
Glassburg, John, A. s. Scripture, May Kirk 856.
Glatz, H. (Tentoriumrisse) 459.
Gleispach, W. (Schuld u. Deutscher Strafgesetzentwurf) 119.
Glover (Sexualität IV.) 640.
— James (Sexualität. II.) 640.
Gmelin, E., und H. L. Kowitz (Schilddrüseerkrankung, chirurgische Therapie) 203.
Gobbi, I. s. Vidoni, G. 594.
Göppert, F. (Erziehungsbedürfnis, Kind) 382.
Göring, M. H. (Organtherapie, hypophysäre Störungen) 448.
Goerttler, Kurt (Medullaranlage bei Urodelen) 356.
Goldberger, M. (Chorea minor [Moravcsik-Gedenkbuch]) 127.
— Márk (Seelenleben) 380.
Goldbladt, Hermann (Religiöse Epidemien in Rußland) 885.
Goldblatt, G., und R. Raskina (Imbezillität u. Dementia praecox) 711.
Goldhammer, Karl, und Arthur Schüller (Sella turcica) 133.
Goldscheider (Tastempfindungen) 16.
— A. (Gemeingefühle. I, II, III. 264; (IV.) 265.
Goldschmidt, Richard Hellmuth (Ärztliche Begutachtung) 32.
Goldsmith, H. (Neurolues u. Paralyse) 458.
Goldstein, K. s. Schwartz, Ph. 539.
— Kurt (Tonusveränderungen.) 629.
— Manfred (Somnervin) 516.
Gombos, L. s. Büchler, P. [Moravcsik-Gedenkbuch] 127.
Gordon, Alfred (Psychosen bei Zwillingen) 233; (Paradoxaler Reflex) 501.
— Murray B., and A. L. Loomis Bell (Sella turcica) 282.
— W. B. s. Heard, James D. 571.
Goroncy, Curt (Genotzüchtigte weibliche Personen) 727.
Gottlieb, R. s. Meyer, Hans H. 14.
Gottstein, A., A. Schlossmann und L. Teleky (Handbuch, soziale Hygiene u. Gesundheitsfürsorge) 123.
Gougerot, Jean Meyer et Robert Weill-Spire (Psychische Störungen bei Tabes) 437.

Digitized by Google

Gourdy, Celestini Augusto s. Martini, Tulio 470.
Gowan, Lawrence R. s. McKinley, J. Charnley 537.
Gozzano, Mario (Postencephalitischer Parkinsonismus) 301.
Grabfield, G. P. s. Kasanin, J. 672.
Gram, Chr. (Myxödem nach Basedow) 451.
Granberg, Knut (Physostigmin u. sympathische Innervation) 26.
Grant, Francis C. s. Frazier, Charles H. 92.
Grasset J. (Inspiration u. Unterbewußtsein) 509.
Gravagna (Recklinghausensche Krankheit) 314.
Graven und Missriegler (Rauchphobie) 887.
Graves, T. C. (Geisteskrankheit) 166.
— William W. (Schulterblatttypen) 478.
Grawitz, Ernst Robert (Basedowsche Krankheit u. Antithyreoidin) 698.
Gray, Albert A., and Sarah H. Nelson (Taubstumme) 393.
Graziani, Aldo (Postencephalitisches amyostatisches Syndrom) 66.
Grazzi, Vittorio (Akute Labyrinthitis) 792.
Greco, Fr. del s. Del Greco, Fr.
Greenbaum, Sigmund S., and Carroll S. Wright (Syphilis, Proteintherapie) 586.
Greene, James A. s. L. Sturgis, Cyrus C. 451.
Gregory, Arthur (Psoasschmerz, Spondylitis) 84.
Grein, Edir (Ludwig II., Tagebuch) 472.
Grenet, H., et P. Isaac-Georges (Raynaudsches Syndrom) 693.
Greving, R. (Zwischenhirn. IV.) 356; (Hypophyse. I.) 739.
Grimminger, Walter (Atrophia nervi optici partialis) 49.
Grinstein, A. (Nervus facialis) 194.
Grober (Höhenklima) 288.
Groppali, M. (Rückenmarksgefäße) 555.
Groß, Adolf (Zellenabteilung in psychiatrischer Anstalt.) 732.
Gross, W. (Rückenmarksschädigungen, Lumbalanästhesie) 433.
Grosz, Karl (Liquordiagnostik, Rückenmarkstumoren) 192.
Grote, A. s. Stern, F. 65.
Grubel, Rudolf (Leitungsaphasie) 543.
Grünbaum, Robert (Diathermie, Hypophysengegend) 289.
Grünberg, G. L. (Nystagmographie) 307.
Grünstein, A. M. (Hungerempfindung) 267.
Grünthal, Ernst (Alzheimersche Krankheit) 822.
Gruhle, Hans W. (Verbrechensbekämpfung) 726.
Grund, G. (Tetanische Muskelkontraktion) 627.
Grunke, W. (Dermatomyositis) 88.
Grutta, La s. La Grutta.
Grżebin, Z, s. Efron, N. 324.
— — und S. Minsker (Liquoruntersuchung) 299.
Grzegorzewska, M. (Intelligenzquotient) 42.
Guarini, C. (Röntgenbehandlung, Hirntumoren) 185.
Gucci, Giuseppe (Dura-mater-cerebri-Geschwulst) 182.
Guccione, Filippo (Meningitis, tuberkulöse u. syphilitische) 786.
Günther, Hans (Sexualdisposition) 892.
Güttich, A. (Drehnachnystagmus) 552.
— Alfred (Neurolabyrinthitis) 793.
Guillain, Georges, Alajouanine et Huguenin (Syringomyelie) 796.
— — et Th. Alajouanine (Angiocele der spinalen Pia mater) 555.
— — Guy Laroche, et P. Lechelle (Kolloidale Benzoereaktion) 665.
— — P. Lechelle et N. Péron (Syphilis spinalis inferior) 872.
— — J. Périsson, et A. Thévenard (Familiäre Nervensyphilis) 700.
— — et N. Péron (Tabes u. Pagetsche Krankheit) 437.
Guillaumin s. Lesné 455.
— Ch.-O. s. Dalsace, Jean 320.
Guillemin, A. (Kautschukprothese u. Jacksonsche Epilepsie) 291.
Guiraud, P. (Gehirn-Syphilis) 102; (Wahnbildungen) 166.
Gumpert, Martin (Juvenile Neurosyphilis) 215.
— — s. Buschke, A. 729.
Gurewitsch, M. (Motorik, Körperbau u. Charakter) 891.
— — und R. Tkatschew (Encephalitis) 302.
Gutfeld, Fritz von (Syphilitische Zwillinge) 585.
Gutheil, Emil (Migräne) 440.
Guttmacher, Alan F. s. Wang, Ging H. 206.
Guttmann (CO-Vergiftung) 910.
— Erich (Muskelatrophie, Lues) 102.
Guy, C. C. s. Le Count, E. R. 539.
Guyader, Raoul (Religiöse Krise) 773.

Haas, Louis J. (Beschäftigungstherapie Geisteskranker) 397.
Haberland, H. F. O. (Tierhypnose) 644.
Hackebusch, W. (Progressive Paralyse.) 820.
Hackenbroch, M. (Hohlfuß) 848, 849.
Hadfield (Sexualität. V.) 640.
— Geoffrey s. Fawcett, Edward 811.
— J. A. (Sexualität. I.) 640.
Häberlin, Paul (Das Gute) 43.
Haecker, V., und Th. Ziehen (Musikalische Vererbung, Robert Schumann) 345.
Hähnlein, V. (Seelische Selbstbehandlung) 294.
Hafferl, Anton (Vertebratengehirn. III.) 357.
Hagens, E. W. (Tumor des Gehörganges) 548.
Haguenau s. Sicard 394, 400.
— J. (Humoralsyndrom, Nervensyphilis) 530.
Hahn, G. (Chronische Thyreoiditis) 449.
— Otto (Chirurgie, Vegetatives Nervensystem) 400.
Hajdu, L. (Migräne) [Moravcsik-Gedenkbuch] 127.
Hajós, K., L. Németh und Z. Enyedy (Vagusreizung, Eosinophilie u. Leberstruktur) 759.
Hakkebusch, W. (Psychose u. Simulation) 475.
Halberstadt, G., (Spätschizophrenie) 468; (Dementia praecox) 719.
Hall, Geo. W. (Kopftraumen) 108.
Haller, Marguerite (Schwachsinnige Kinder) 221.
Halliday, James L. (Liquorzucker) 176; (Tuberkulöse Meningitis) 787.
Hamburger, Franz (Hörstummheit) 422.
Hamilton, Bengt (Serum und Liquor bei Epilepsie) 463.
— G. V. (Psychopathologie) 160.
— J. R. s. Haskell, Charles C. 702.
— W. F. s. Barbour, H. G. 580.
Hancock, Allen (Encephalitis lethargica, Liquor cerebrospinalis) 672.

Digitized by Google

Handovsky, Hans (Intravenöse Traubenzuckerlösungen. II.) 517.
Hanhart, Ernst (Zwergwuchs mit Dystrophia adiposogenitalis) 832.
Hanneman, Y. (Encephalitis epidemica) 411.
Hannes, Walther (Konstitutionstypen) 830.
Hansen, K., und W. Rech (Kleinhirn u. Eigenreflex) 29.
— Klaus (Alkoholversuche) 143.
Harbitz, Francis, und Ragnar Vogt (Mord u. Alkoholrausch) 232.
Harms, Helene (Hypophysentumoren, Stauungspapille) 569.
Harris, J. S. (Progressive Paralyse) 596.
Harrod, Morse (Ischias) 689.
Hart, V. K. (Tabak u. Nervus octavus) 814.
Hartmann, Heinz, und Paul Schilder (Psychologie Schädelverletzter) 107; (Hypnose u. Paralyse) 713.
Haskell, Charles C., W. C. Henderson and J. R. Hamilton (Quecksilbervergiftung, Natriumthiosulfatbehandlung) 702.
Haškovec, Lad., und Čeněk Šimerka (Zwangszustände) 605.
Hassin, G. B., and Peter Bassoe (Parkinsonismus) 853.
— George B. (Spina bifida occulta cervicalis) 558.
— — — E. L. Baker and Howard Wakefield (Poliomyelitis) 434.
— — — and Isadore B. Diamond (Trichinosis encephalitis) 538.
Hatano, Shigeoki s. Kuré, Ken 522.
Hatch, Edward S. (Spinale Kinderlähmung) 794.
Haupt, Johannes (Hypnotisches Training) 524; (Hypnose) 847.
Hauptmann, M. (Das Normale in Medizin) 730.
Hautant, A., J. Durand et M. Aubry (Menièrescher Schwindel) 550.
Havlicek, Hans (Rückenmarkssegmente) 58.
Haye, A. s. Lortat-Jacob 81.
Heard, James D., F. L. Schumacher and W. B. Gordon (Diabetes insipidus) 571.
Heberer, H. (Epilepsie, Weib) 462.
Heckford, Frank (Retrobulbäre Neuritis) 649.
Hedič, M. (Tabes) 554.
Hegner, Tom (Hebephrenie) 227.
Heid (Kropfbehandlung) 805.
Heim de Balsac, F., E. Agasse-Lafont et A. Feil (Bleivergiftung) 327.
Heine, L. (Kleinhirnbrückenwinkeltumor) 860.
Heinekamp, W. J. R. (Vagushemmung) 759.
Heinemann, H., und Lotte Heinemann (Liquor cerebrospinalis. IV.) 665.
— Lotte s. Heinemann, H. 665.
Heinlein, H. s. Steinach, E. 206.
Heinonen, Oskar (Schielen u. Konstitution) 830.
Heinrich, R. s. Kutzinski, A. 511.
Helbing, Franz (Tortur) 350.
Hellerström, Sven s. Gjertz, Emil 314.
Hellstern, Erwin P. (Psychopathologie des Verbrechers) 238; (Vorgetäuschte Geistesstörungen) 728.
Hempt, Adolphe (Tollwutbehandlung) 327.
Henckel, K. O. (Konstitutionstypen) 121; (Schizophrene u. Manisch-Depressive) 468.
Henderson, D. K. (Beschäftigungstherapie) 522.
— W. C. s. Haskell, Charles C. 702.
Henneberg (Rückenmark, graue u. weiße Substanz) 250; (Worttaubheit) 251; (Sensorische Aphasie) 352.
Henner, K. (Rückenmarkgeschwülste) 861.
— — s. Jedlička, V. 77.
Henning, Hans (Psychologie der Gegenwart) 32; (Aufmerksamkeit) 376.
Henschen, S. E. (Hirnhemisphärenfunktion) 490; (Aphasielehre) 543; (Sehen) 753; (Gesichtshalluzination) 782.
Hepner, Josef, und F. Nikišin (Basedowsche Krankheit) 576.
Héraux s. Trémolières, F. 212.
Herderschee, D. (Zeitbegriff des Kindes) 377.
Herman, E. (Alopecia, Pupillen-Lichtstarre) 694.
— Eufemjusz (Alopecia areata u. Epilepsie) 221; (Chorea minor) 619.
— William (Corpus striatum u. Pallium) 355.
Hermann, Imre (Psychanalyse u. Psychologie) 384; (Gustav Theodor Fechner) 725.
Hernandez Ramirez, Rafael, und Aristides Barrancos (Stirnlappentumor) 859.
Herrenschwand, F. v. (Neuritis retobulbaris, Daueranämisierung) 51.
Herrick, C. Judson (Amphibien-Vorderhirn. II.) 1.
Herrmann, G. (Nervenverletzung nach Blitzschlag) 707.
— — s. Blaschke, F. 64.
— — s. Wodak, E. 194.
— — und E. Wotke (Tremor, Encephalopathia postgripposa) 413.
Herschmann, Heinrich (Hirnsyphilis) 583; (Deutscher Strafgesetzentwurf 889.
Herter, Konrad (Tastsinn, Strömungssinn u. Temperatursinn) 264.
Hertle, J., und H. Zingerle (Gehirngeschwulst, Chirurgie) 426.
Herz, E. (Infektionspsychosen) 883.
Herzen, P., und M. Kljačman (Kleinhirncysten) 549.
Herzog, Ferenc (Sklerodermie, Kochsalzlösungseinspritzungen) 561.
— Georg (Zoologie u. Pathologie, experimentelle) 744.
Hess, Leo, und J. Faltitschek (Magenfunktion, Herpes zoster thoracalis) 195.
— — und Eugen Pollak (Pankreas) 768.
— Robert (Nervenfasern, Sehnervenentzündung) 50.
— W. R. (Psychische u. vegetative Funktionen) 27.
Hetzel, K. S. (Glykosurie) 866.
Heuler, Karl (Psychologie) 769.
Heureux, Marcel l' s. L'Heureux, Marcel.
Heuyer, G. (Abnorme Kinder, Fürsorge) 247; 480; (Hirngebrechlichkeit) 600.
Heveroch, Ant. (Aphasie) 542.
Heyer, G. R. (Hormone im Blute) 864.
Heymann, Kurt (Syphilis, Wismutbehandlung) 586.
Hidano, Ko (Sehnerventumoren) 50.
Higier, Henryk (Tropische perniciöse Hirnmalaria) 674.
— Heinrich (Diplegia cerebralis progressiva familiaris) 103.
Higuti, Tatusuke (Verlegenheit. I.) 275.
Hildebrand, Philipp (Syphilis, Geschichte) 699.
Hill, A. V. (Muskellänge) 150.
— — — and C. N. H. Long (Muskelarbeit) 367.
Hillemand, Pierre s. Foix, Charles 359.

Digitized by Google

Hilpert, Paul (Alzheimersche Krankheit) 882.
Hjort, A. M., S. C. Robison and F. H. Tendick (Rinderepithelkörperchen) 321.
Hirsch, Edwin F., and Arthur R. Elliott (Ependymom, Seiten-Ventrikel) 547.
— L. (Sympathektomie) 290; (Extremitätengefäße, Nerven) 520.
— Max (Indizierter Abort) 894.
— Oskar (Zentrale Sehbahnen) 49; (Hypophysentumoren) 694.
— Paul (Organotherapie) 395.
Hirsch-Kauffmann, H. s. Embden, G. 755.
Hirschberg, Louis (Ulcusschmerz u. Sensibilität) 777.
Hirschfeld, R. (Gesamte Neurologie u. Psychiatrie, Jahresbericht 1923) 608.
Hirst, Barton C. (Vaginismus) 844.
Hirt, Eduard (Nervenkranke u. Reichsversicherung) 817.
Hitschmann, E. (Telepathie u. Psychanalyse) 279.
Hoche, A. (Paralyse) 114.
— J. s. Binet, M. 815.
Hochenbichler, Adolf (Eklampsie 217.
Höglund, Gustaf (Icterus gravis.) 216.
Hoepke, H., und Kj. v. Oettingen (Pseudohermaphroditismus) 810.
Hofer, Gustav (Chirurgie, vegetatives Nervensystem) 289.
Hoff, Ferdinand (Gehirnkrankheiten u. Menstruation) 385.
— H., und E. Pollak (Metalues. II.) 81.
— — und Paul Schilder (Lage-, Stellreflexe, Delirium tremens) 232.
— — und Fritz Silberstein (Malariatherapie) 597; (Progressive Paralyse, Recurrensfiebertherapie) 821.
Hoffmann, Erich (Lumbalpunktion, Syphilis) 326.
— Hermann (Progressive Entartung) 832.
Hofmann, Ernst (Zirbeldrüse, innere Sekretion) 570.
— F. B. (Konvergenz u. Akkommodation) 753.
— Lotar (Otogener Schläfenlappenabsceß) 677.
Hofschlaeger, Reinhard (Geschlecht, Gesellschaft, Menschwerdung) 37.
Hogben, Lancelot T. (Physiologie contractiler Gewebe. I.) 843.
Hohman, Leslie B. (Akzessorische Ausdrucksformen) 36.
Hollander, d', et Rubbens 337.
— F. d', Rubbens, et van Bogaert (Gehirn-Degeneration) 823.
— — — et P. de Smedt (Lobäre Sklerose) 258.
Holmes, Barbara Elizabeth s. Holmes, Eric Gordon 837.
— — — and Eric Gordon Holmes (Stoffwechsel des Gehirns. I.) 261.
— Eric Gordon, and Barbara Elizabeth Holmes (Gehirnstoffwechsel. II.) 837.
— — — s. Holmes, Barbara Elizabeth 261.
Holsclaw, Florence M., and Jewyl A. Booth (Symmetrisches Gangrän) 562.
Holst, Johan (Periarterielle Sympathektomie) 783.
— W. v. (Sechs Jahre Psychiatrie) 899.
Holzweissig, Hans (Basedowsche Krankheit, Schilddrüse, Blutdrüsen) 95.
Hopmann, R. (Epilepsie, Muskelerregbarkeit) 593.
Horn, Ludwig (Spasmus mobilis im Gesicht) 107.
Horníček, Vít, und Otakar Janota (Regio frontotemporalis u subdurales Hämatom) 704.
Horowitz, H. s. La Grutta, L. 19.
— W. (Immobilisierte Muskeln. VI.) 19.
Horrax, Gilbert (Hirntumoren) 857.
Horst, C. J. van der (Cerebellum, Fische) 740.
Horváth, Béla s. Jánossy, Julius 171.
Houssay, B. A. s. Giusti, L. 492.
— — — et E.-A. Molinelli (Adrenalinsekretion) 267.
Hoven van Genderen, Jeanne van den (Paralyse) 313; (Lähmungen nach Tollwutbehandlung) 874.
Howe, Hubert S. (Liquordruck) 296.
Hryntschak, Th. (Ureter. I.) 270.
Hudovernig, K. (Krankenaufnahme der Beobachtungsabteilung [Moravcsik-Gedenkbuch]) 127.
Hübener, Gottfried s. Mayer-List, Richard 478.
Huguenin s. Guillain, Georges 796.
— s. Trémolières, F. 212.
Humbert (Alte Jungfern) 342.
Humphrey, Ethelwyn F. (Beschäftigungstherapie, Irrenanstalten) 396.
Humphrey, George (Bedingungsreflex) 274.
Hunt, Louise s. Baumann, Emil J. 93.
Hunter, John I. (Sympathische Innervation u. Muskeltonus) 499.
Hunziker (Alkohol-Schädigungen) 231.
Hurst, E. Weston (Hirnganglien-Verkalkung) 610.
— — — s. Barnes, Stanley 71.
Hutchinson, Robert (Schlaflosigkeit) 58.
Hutinel, J. s. Babonneix, L. 75.
Hutt, R. B. W. (Farbwürfeltest) 155.
Hvidt, C. (Pilocarpinbehandlung) 681.
Hylla, E. s. Bobertag, O. 380.

Jack, George N. (Asthma) 370.
Jackson, Arnold S. (Jod-Hyperthyreoidismus) 696.
— D. E., and Louis A. Lurie (Äthylisoprophylbarbitursäure) 517.
— Henry W. s. Neal, Josephine B. 174.
— J. Hughlings (Krämpfe) 649.
Jacob, L., und H. Wendt (Sepsis u. Meningitis, Absceßbehandlung) 786.
— Walter (Morphinismus) 471.
Jacobi, Walter, und Georg Magnus (Elektronarkose, Hirnödem) 13.
Jacobsen, Sigval s. Dahlström, Sigurd 247.
Jacobson, Edmund (Schreckreiz) 634.
— — and A. J. Carlson (Kniereflex) 372.
— S. A. (Schußverletzungen peripherer Nerven) 441.
Jaensch, Erich R. (Psychologie u. Medizin) 32.
— P. A. (Sinus cavernosi) 62.
— W. (Konstitutionstypen) 509.
Jahnel und Lange (Framboesie, Syphilis u. Paralyse) 253.
— F. (Encephalitis) 850.
Jakoby, Curt (Chorea gravidarum) 419.
Jánossy, Julius, und Béla Horváth (Hypophysensekret) 171.
Janota, Otakar (Krämpfe) 332.
— — s. Horníček, Vit 704.
Janzen, Ernst s. Bouman, L. 174.
Jarisch, A. (Skelettmuskel u. Nervus depressor) 626.
Jarkowski, J. (Kinesie Parkinsonkranker) 179.
Icard, Séverin (Seele des Sterbenden) 775.

Digitized by Google

Jedlička, V., und K. Henner (Friedreichs Ataxie. I, II.) 77.
Jelenkiewicz, L. (Epilepsie) 462.
— Lucjan (Epilepsie) 591.
Jelliffe, Smith Ely (Knochenkrankheiten, Neuropathologie) 646.
— — — s. Dana, Charles L. 346.
Jellinek, Anton (Impotenz) 395.
— Stephan (Berufskrankheit u. Unfallverletzung) 589.
Jenny, Ed. (Akrodynie) 196.
Jensen, Erik (Ischämische Paralyse) 88.
Jessen, Haagen (Chirurgie, Hirngeschwulst) 427.
Ihm, Luise (Feersche Neurose) 474.
Jirásek, Arnold (Halssympathicus) 56; (Rückenmarkchirurgie) 862.
Ikeda, Masao (Plexus chorioideus) 7.
Ikhtemann, M. (Paralysebehandlung) 467.
Ilberg, G. (Pocken) 336.
Ingelrans, Pierre s. L'Heureux, Marcel 706.
Inman, W. S., and F. H. Lawson (Argyll-Robertsonsche Pupille) 281.
Inouye, Takeo (Tetanie u. Diät) 101.
Insabato, Luigi (Kleinhirn-Brückenwinkeltumor) 75; (Schädelgrubentumor) 860.
Inumaru, Harumi (Foramen mastoideum) 483.
Invernizzi, Giuseppe (Akromegales Syndrom) 447.
Joest, E. (Encephalitis) 851.
John, E. s. Kollert, V. 495.
Johnsen, Sigurd W. (Hypophysäre Störung) 695.
Johnstone, E. R. (Schwachsinn) 221.
Jones, Hamilton P. (Liquor cerebrospinalis) 665.
— L. T. s. Rush, Homer P. 805.
Ionescu, Dimitrie s. Jonnesco, Thoma 762.
Jong, H. de (Aktionstremoren, Zittertypus u. Paralysis agitans) 419.
Jonnesco, Thoma, und Dimitrie Ionescu (Kardioaortale Bahnen) 762.
Josephs, Hugh (Konvulsionen) 878.
Jossmann (Psychische Zustandsbilder, Malariabehandlung) 736.
Jost, Hans s. Embden, Gustav 367.
Jost, Werner (Recklinghausenscher Symptomenkomplex) 314.
Irger, J. s. Sokolowski, M. 663.
Isaac-Georges, P. s. Grenet, H. 693.
Isaac-Krieger, K. s. Kuttner, L. 777.
Isenschmid, R. (Fieber) 838.
Isola, Domenico (Dystrophie u. Sklerodermie) 561.
Israelson, M.-M., et A.-S. Krizman (Syphilis, Liquor cerebrospinalis) 701.
Istria, Antonio d' s. D'Istria, Antonio.
Juarros, César, und Enrique Prada (Assoziative Lähmung) 313.
Jülich, W. (Recurrenslähmung) 195; (Dercumsche Krankheit) 813.
Juliusburger, Otto (Genußgifte) 382; (Trunksuchtmittel oder Antialkoholtherapie) 723.
Ivanoff, S. (Angioneurose) 90.
Ivanov, N. (Syringobulbie) 796.
Ivanov-Smolenskij, A. (Bedingungsreflexe) 771.
Iwanaga, Ikutaro (Motorische Nervenendigungen. I.) 3; (II.) 4; (III.) 258.
Iwanow-Smolensky, A. G. (Manische Phase der Cyclophrenie) 232.
Izard, L. (Meningokokkenmeningitis) 295.
— Louis (Liquor cerebrospinalis, Meningitis) 295.
Izenko, N. (Athétose double) 540.
Izzo, Roque (Eunuchoidismus) 207.
— — A. (Weiblicher Eunuchoidismus) 699.

Kadanoff, Dimitri (Sensible Nervenendigungen) 365.
Kafka, František (Exogener Reaktionstyp) 536; (Paralyse nach Malariabehandlung) 598.
— V. (Liquorforschung, Syphilis) 407.
Kahn, R. (Milchdrüse) 768.
Kaijser, R. (Strychninwirkung auf Gesichtssinn) 620.
Kaisin (Spastische Lähmungen) 291.
Kakeshita, Tamao (Operculare Temporalregion) 353; (Hirn-Cholesteatome) 423.
Kalischer, S. (Metalues) 715.
Kamiat, Arnold Herman (Unfehlbarkeitswahn) 46.
Kán, Gizella (Idiomuskulärer Reflex) 31.
Kaneko, Renjiro (Encephalitis in Japan) 65.
Kanngießer, Friederich (Heinrich Hansjakob) 473.
Kanno, E. (Sklerodermie) 443.
Kaplan, A. (Nervennaht) 292.
Kapustin, A. (Gelehrtengehirn) 743.
Karbe, M. s. Strughold, H. 147.
Karczag, L., und N. Zilahy (Sympathicus) 765.
Karger, Paul (Eidetische Anlage) 277; (Schlaf, Kind) 362.
Karpman, Ben (Psychopathologie, Exhibitionismus) 600.
Kasanin, J., and G. P. Grabfield (Epidemische Encephalitis, Blutzuckerkurven) 672.
Kastan s. Lilienstein 235.
Katz (Psychologie, Hand) 37.
— David (Tastwelt) 262.
Kauders, Otto (Keimdrüsentherapie) 396; (Wagner-Jaureggsche Malariatherapie) 466.
— — und Paul Schilder (Sinnestäuschung) 286.
Keegan, J. Jay s. Thompson, Chester Q. 199.
Keeser, E., und J. Keeser (Arsengewöhnung) 286.
— J. s. Keeser, E. 286.
Keiller, W. s. McGlasson, I. L. 611.
Keim, Harther L. s. Wile, Udo J. 214.
Keller, Koloman (Kleinhirnsymptome) 856.
— Rud., und Jos. Gicklhorn (Erregungsleitung, Nerven) 265.
— Tadeusz s. Lipiński, Witold 405.
Kempf, Hans (Psychische Zwangszustände) 605.
Kennedy, Foster (Angioneurotisches Ödem) 563.
Kenworthy, Marion E. (Gefühlsleben überbegabter Kinder) 375.
Kenzinger s. Crouzon 539.
Kerangal, Y. de (Pachymeningitis) 403.
Kerekes, Georg (Ohrgeräusche) 550.
Kern, Maximilian (Endokrine Drüsen, Pubertät) 197.
Kerper, Alver H. s. Kuntz, Albert 366.
Kersten, H. E. (Morphinvergiftung) 230.
Kertész, Árpád (Basedow-Krankheit u. Tetanie) 96.
Kessler, Siegfried (Tabes dorsalis u. Mesaortitis luetica) 688.
Kestenbaum, Alfred (Gesichtsfeldprüfung) 52.

Digitized by Google

Khoór, Ödön (Hyperthyreoidismus) 575.
Kiesow, F. (Eidetik) 633.
— — und A. Gatti (Webersches Gesetz. II.) 274.
Kihn, Berthold (Progressive Paralyse, Infektionsbehandlung) 714.
Kikuth, H. (Porencephalie) 259.
Kimball, P. O. (Hyperthyreoidismus) 451.
Kino, F., und A. Strauss (Metaluetische Muskelatrophie) 688.
Kirschbaum (Malariaparasitologie) 467.
Kitzinger, F. (Strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit) 727.
Kiyono, H. (Hypophyse) 803.
Klages, Ludwig (Schopenhauers Handschrift) 473; (Neigungsgefühle) 639.
Klarfeld, B. (Neuronenlehre) 489.
Klarmann, F. (Pseudohermaphroditismus masculinus) 809.
Klauder, Joseph V. (Hautneurosen, Psychotherapie) 725.
Kleijn, A. de (Augenmuskeln des Kaninchens) 621.
— — — und C. Versteegh (Schwindel u. Nystagmus) 793.
Klein, Eva (Hexophannatrium) 394.
— O. (Basedowsche Krankheit, Insulinbehandlung) 807.
Kleint, Herbert (Wahrnehmung) 274.
Kleist, K. (Paralysis agitans, Stammganglin u. Mittelhirn) 541; (Gesichtsfelder u. Sehrinde) 751.
Kleitman, Nathaniel (Schlaf, Physiologie. III.) 760.
Klemperer, Edith (Stoffwechsel, Manisch-Depressiver. I.) 340.
Kljačman, M. s. Herzen, P. 549.
Kliatshco, Mark G. s. Shapiro, Shepard 570.
Klinke, K. (Tuberkulöse Meningitis, Sauerstoffinsufflation) 789.
Klopstock, Alfred (Flockungsreaktion, Syphilis) 405.
Klotz, Lothar (Froschgastrocnemius) 500; (Froschmuskeln) 500.
Kluge, Endre (Struma u. Jod) 450.
Knabe, Erich Karl (Sexuelle Frage u. Seelsorger) 774.
Knaggs, R. Lawford (Pagetsche Krankheit) 212.
Knauer (Abortive Hypophysenerkrankungen) 199.
Knentz s. Audan 804.
Knowles, Frank C., John B. Ludy and Henry B. Decker (Wassermannsche Reaktion, Syphilis) 172.
Kobrak, F. (Seröse Meningitis) 526.
Kobylinsky, M., e G. Vidoni (Konstitution) 240.
Kockel, R. (Mord durch Kopfschüsse) 891.
Koehler, Georg-Dietrich (Polyneuritis luica) 103.
Koeppe, Hans (Hydrocephalus occultus) 662.
Koffka, K. (Kinderpsychologie) 774.
Kogan, V., und N. Ponirowsky (Adrenalin u. Insulin) 580.
Kohnstamm, Ph. (Psychologie, Pubertät) 42.
Kolars, J. J. s. Levine, Victor E. 262.
Kolb (Paralyse) 336, 818; (Irrengesetz u. offene Fürsorge) 895.
Kollarits, Jenö (Ausdrucksbewegungen u. Schmerz) 508; (Psychotherapie Lungenkranker) 846.
Kolle, W. (Syphilis- u. Recurrens-Spirochätose. I.) 494.
Kollert, V., und E. John (Idiomuskuläre Übererregbarkeit) 495.
Kolmer, W. (Plexus chorioideus, Selachier) 135.
Koltypin, A., und A. Bakanova (Vegetatives Nervensystem u. Kinder-Infektionskrankheiten) 760.
Kompanejetz, S. (Augenbewegung, Taubstumme) 187.
Koopman, J. (Luetische Basedowsche Krankheit) 697.
Kopeloff, Nicholas, M. P. Lonergan and P. Beerman (Lactobacillus acidophilus, Epilepsie) 332.
Koppányi, Theodore, and Nelles B. Laughton (Pupillenreaktion) 650.
— — s. Pearcy, J. Frank 140.
Korchov, A. (Akromegalie u. Akromegaloidismen) 569; (Myxödem) 807.
Korenchevsky, Vladimir, and Marjorie Carr (Sexualdrüsen u. Stoffwechsel. IV.) 320.
Korsakov, N. (Vorzeitige sexuelle Entwicklung) 571.
Korst, L. (Eunuchofeminismus u. Parkinsonismus) 176.
Kortsen, Kort K. (Gefühl) 507.
Koschewnikow, A. M. (Ataxie, [Leyden-Westphalscher Typus]) 432.
Koskinas, Georg N. s. Economo, Contsantin Freiherr von 484.
Kosmadis, W. (Hautkrankheiten) 560.
Kostić, D. (Hypophysentumoren, Chirurgie) 447.
Kostlivý, Stan. (Meningitis serosa) 80.
Kowarskaja, S. (Herpes corneae) 442.
Kowitz, H. L. s. Gmelin, E. 203.
Kozernikov, A., und B. Chavskij (Cerebrospinalmeningitis) 325.
Koževnikov, A. (Rückenmarksgeschwülste) 861.
Krämer, Richard (Ptosis congenita) 323.
Kraepelin (Zeitschätzung) 253.
— E. (Paralyse) 337.
Krahmer, W. (Myeloarchitektonischer Felderungsversuch) 135.
Kramer (Sternoclaviculargelenkerkrankung) 249.
Krasnogorski, N. I. (Bedingungsreflexe u. Neurosen) 885.
Kraus, Alfred (Sklerodermie) 89.
— Erik Johannes (Nekrose) 567.
— R., und J. Takaki (Postvaccinale Encephalitis) 408.
— Walter M. s. Lhermitte, Jean 135.
— — — and Arthur Weil (Encephalitis periaxialis diffusa) 178.
Krause, Aleksander (Thyreoidismus) 94.
— Alexandre (Vegetatives Nervensystem u. Hyperthyreose) 574.
— Fedor (Myelographie) 393.
Krauss, R. (Morphinismus u. Homosexualität) 883.
Krebs, Hans Adolf (Weichbrodtsche Sublimatreaktion) 172.
Kretschmer, Ernst (Konstitutionsmischung) 347.
— M. (Idiopathische Polycythämie) 55.
Krey, H. (Rückenmarksflüssigkeit) 143.
Kries, J. v. (Empfindungsmannigfaltigkeiten) 623.
Kritschewsky, J. L., und K. A. Friede (Rückfallfieber u. Trypanosomen - Erkrankungen) 598.
Krjukow, A. J. (Selbstmörder-Schädel) 657.
Křivý, Miroslav (Rückenmarksseitenstränge, Tabes dorsalis) 437; (Postencephalitischer Parkinsonismus u. psychische Störungen) 673.
Krivy, Miroslav (Meningealtumor) 861.

Digitized by Google

Krizman, A.-S. s. Israelson, M.-M. 701.
Kron, I. (Multiple Sklerose u. Nervensyphilis) 686.
Kronfeld, Arthur (Sexuelle Differenzierung) 241.
Krontowskij, A. (Epidemische Encephalitis) 666.
Krupenin, S. (Tonusveränderung u. myasthenische Erscheinungen) 684.
Kryšev-Isnar, N. (Rückenmarkstumor) 555.
Kubie, Lawrence S., and Gertrude M. Shults (Blut u. Liquor) 298.
Kubik, Charles S. s. Critchley, Macdonald 682.
Kückens, Hans (Heredofamiliarität, Paralysis agitans) 419.
Kühl, Walter (Paralysis agitans u. Parkinsonismus) 418; (Epithelkörper-Implantation, Paralysis agitans) 791.
Künkel, Fritz (Sexualtrieb) 381; (Psychotherapie u. Seelsorge) 659.
Küster, Hermann (Nervus ileoinguinalis, Neuralgie) 440.
Kütstner, Heinz (Schwangerschaft u. Strafgesetz) 243.
Kufs, H. (Atrophia olivocerebellaris) 792.
Kuhlenbeck, Hartwig (Arteriae laterales corporis striati bei Reptilien) 739.
Kuljkov, A. (Gewerbekrankheiten) 646; (Epidemische Encephalitis) 669.
Kuntz, Albert, and Alver H. Kerper (Sympathische Innervation u. Quadriceps femoris) 366.
Kunz-Binningen, Hans (Einsamkeit) 770.
Kuré, Ken, Morimassa Tsuji und Shigeoki Hatano (Muskeldystrophie) 522.
Kure, S., and M. Shimoda (Dementia praecox) 716.
— Shuzo (Irrenanstalt, Tokyofu Matsuzawa-byoin) 898.
Kurokawa, Kiyoyuki (Nebenschilddrüsen) 99, 100.
Kurz (Großhirnrinde beim Kamel) 353.
Kushner, Irving (Röntgenstrahlen u. Froschmuskeln) 757.
Kusnezov, W. (Koordinationszentren, Knierefleze) 371.
Kutamanoff, P. (Nervus phrenicus) 135.
Kuttner, L., und K. Isaac-Krieger (Abdominale Schmerzanfälle) 777.
Kutzinski, A., und R. Heinrich (Hirnverletzte) 511.
Kutzinski, Arnold (Paralysebehandlung) 597.
Kwint, L. A. (Psychologische Profile Parkinsoniker) 67.
Kylin, E. (Adrenalinreaktion) 647.
— Eskil (Hypertoniekrankheiten) 776.
Kyriako, N. s. Lhermitte, Jean 855.

Labbé, Marcel, et P.-L. Violle (Ödeme) 89.
Laborderie, J. (Spinal-Kinderlähmung, Radiotherapie) 795.
Lachtin, M. (Homosexuelle) 235.
Lackerbauer, J. (Phanodorm) 287.
Lacroix, A. s. Raynaud, M. 558.
Ladame, Ch. (Geisteskrankheit) 283.
Ladwig (Basedow-Nachuntersuchung) 95.
— Arthur (Basedow-Operierte) 318.
Lafora (Paralysis agitans) 853.
— Gonzalo M. (Schwachsinnige u. verwahrloste Jugendliche in Spanien) 607.
— — R. (Halluzinationen) 782.
La Franca, S. (Konstitutionsproblem) 728.
La Grutta, L., e H. Horowitz (Gelähmte Muskeln. VII.) 19.
Lahey, Frank H., and Howard M. Clute (Hyperthyreoidismus) 806.
Lahy, J. M. (Psychologische Profile bei Berufsauslese) 383.
Laignel-Lavastine et René Cornelius (Iogene Hypacidität) 656.
— — et Valence (Wernickesche Aphasie) 855.
Laird, John (Leib-Seele-Problem) 770.
Lamache, A. s. Michaux, Jean 297.
Lambert, Avery E. (M. pector. minor) 361.
Lambranzi, R. (Trauma u. Parkinsonsche Krankheit) 179.
Lampert, F. (Verdauungsrohr) 269.
Lampl, Hans (Entlehntes Schuldgefühl) 642.
Landis, Carney (Seelische Erregung IV.) 274.
Lang, Emmy (Psychologische Massenprüfungen) 636.
— Käthe (Kropfbehandlung) 696.
Lange (Krampfkrankheit) 908; (Picksche Atrophie) 909.
— s. Jahnel 253.
— Cornelia de (Balkendefekt) 258; (Mikrocephalie) 616.
Lange, Cornelia de, und Margaretha C. M. Smid (Glioma diffusum piae matris) 404.
— Erika s. Luerssen 759.
— Johannes (Manisch-depressives Irresein) 232.
Langelaan, J.-W. (Muskeltonus, Sehnenreflex) 30, 498.
Langelüddeke (Traumatischer Epileptiker) 459.
— Albrecht (Sensitiver Beziehungswahn) 880.
Langeron, L. (Vegetatives Nervensystem) 759.
— M. L. (Epilepsie, viscerale Erscheinungen) 111.
Langstein, L., C. v. Norden, C. Pirquet u. A. Schittenhelm (Klinische Medizin, Enzyklopädie) 161.
Langworthy, Orthello R. (Fortbewegung, Opossum) 368.
Lannois, M., et R. Gaillard (Sympathicus) 551.
Lanos, Maurice (Kalorischer Nystagmus) 550.
Lapinsky, M. (Intercostalneuralgie) 691.
— Michael (Tabes) 687.
Lapp, Chauncey M. s. Roman, Benjamin 110.
Laquerrière s. Delherm 697, 795.
Laqueur, A. (Diathermie) 398.
— — s. Berliner, B. 844.
Larguier des Bancels, J. (Trieb u. Gemütsbewegung) 38.
Larini, Domenico (Intracraniale Hämorrhagien) 877.
Laroche, Guy s. Guillain, Georges 665.
Larson, E. s. Fisher, N. F. 811.
Laruelle, Léon (Carrefour orbito-sphénoidal, Tumor) 677.
Lasch, C. H. (Laminektomie) 311.
Lasowsky, J. M. (Schilddrüse, Drüsenzellen) 449.
Lassalle s. Cestan 63.
— H. s. Cestan, R. 570.
Latarjet, A., et Pierre Bertrand (Brustsympathicus) 742.
Latkowski, J., und E. Artwiński (Polyurie nach Encephalitis) 66.
Lauber, H. (Hemiatrophia facialis progressiva) 317.
Laudenheimer, R. (Hypnose u. vegetatives Nervensystem. II.) 159.
Laughton, N. B. (Lokomotionsbewegungen) 21.
— Nelles B. s. Koppányi, Theodore 650.
Laumonier, J. (Bergkrankheit?) 550.
Laurence, J. (Hereditäre Syphilis) 585.

Digitized by Google

Laurent, Roger (Schizoider Charakter) 729.
Lautenschläger, A. (Hypophysenoperation) 93.
Lawrentjew, A. P. (Lymphsystem-Innervation. I.) 763.
Lawson, F. H. s. Imnan, W. S. 281.
Layani, F. s. Léri, André 448.
— Fernand s. Léri, André 173.
Lazar, N. s. Garofeanu, M. 172.
Leblanc, E., et Colonieu (Anencephalus) 259.
Lechelle, Alajouanine et Thévenard (Tumor, Lobus frontalis) 74.
— P. s. Guillain, Georges 665,872.
— — et Jean Weil (Syphilitische Muskelatrophie) 871.
Le Count, E. R., and C. C. Guy (Gehirnblutung und Urämie) 539.
Lee, Ang Lanfen (Gedächtnis u. Intelligenz) 276.
— Ferdinand C. (Histamin u. Liquordruck) 297.
Le Fèvre de Arric (Encephalitis, Virusvaccine) 303.
Legoff (Aktinotherapie, Herpes zoster) 443.
Le Grand, A. s. Garrelon, L. 261.
Lehmann, Alfred (Aberglaube u. Zauberei) 47.
— Robert (Fettleibigkeit) 322.
Lehnartz, E. s. Embden, G. 755.
Lehner, E. s. Török, L. 13.
Lehoczky-Semmelweis, Kálmán (Chorea gravidarum) 542.
— -— Koloman v. (Chorea gravidarum) 854.
Lehrmann, J. (Johimbinvergiftung) 702.
Leibbrand, W. (Dial) 394; (Lobelin-Ingelheim) 394; (Cibalgin) 843.
Leiri, F. (Posturale Reflexe) 29; (Pallidares Syndrom) 303; (Pallidumsyndrom) 416.
Leisse, Otto (Schallokalisation u. Vestibularapparat) 145.
Leiva, Carlos s. Wolfsohn, Julian Mast 215.
Lematte, L., et L. Beauchamp (Gehirn - Zusammensetzung) 142.
Lemperg, Fritz (Eukodalismus) 702.
Lenz, Fr. s. Fürst, Th. 831.
Lepp, F. (Herpes zoster u. Windpocken) 802.
Léri, André (Spondylolisthesis) 797.
— — et F. Layani (Epiphysen-Verkalkung) 448.
— — et Fernand Layani (Hemifaciokraniose) 173.
Lériche, R. (Rami communicantes) 56.
Leriche, René (Sympathicus-Operation) 291.
— — et Pierre Wertheimer (Jacksonsche Epilepsie) 218.
Leroy (Encephalitischer Parkinsonismus) 301.
Leščenko, G. (Pseudosklerose) 540.
Leschke, Erich, und Hans Ullmann (Pigmentation u. endokrine Dystrophie) 444.
Leschtschenko, G. D. (Pseudosklerose) 178; (Epidemische Encephalitis, Synkinese der Lider) 670.
Lesné, Turpin et Guillaumin (Spasmophilie, Ultravioletbestrahlung) 455.
— E., et R. Turpin (Tetanie) 210.
Leunda, Juan José s. Bonaba, José 673.
Levaditi s. Marie, A. 819.
Lévai, Mihály (Basedowkrankheit, Röntgenintoxikation) 577.
Levantowskij, M. (Nervenstämme, Gefäßläsionen) 612.
Levi-Bianchini, M. (Psychanalyse, Italien) 45; (Traum u. neurotisches Seelenleben) 237.
Levi-Valensi s. Ardin-Delteil, M. 184.
Levine, Victor E., and J. J. Kolars (Insulin u. Insulinkrämpfe) 262.
Levinger, Ernst (Statische Leistungen) 506.
Levy, David M. (Betragen von Kindern) 384.
Lévy, Gabrielle (Röntgentherapie, Hirntumoren) 427.
— — s. Lhermitte, Jean 855.
Levy, Isidore I., and Armand E. Cohen (Pyocyaneus - Meningitis) 786.
Lévy-Solal s. Debré, Robert 409.
Levy-Suhl, Max (Psychiatrie) 651.
Lévy-Valensi, J. (Wahnbildungen) 167; (Syntone, Schizoide, Schizophrene) 225.
Lewin, Philip, and Sidney B. Mac Leod (Osteosklerosis) 213.
Lewis, Nolan D. C. (Persönlichkeit, Studium. I.) 236; (Carcinomatose, Zentralnervensystem) 425.
Lewy, F. H., und Ernst Fränkel (Encephalitis lethargica und Hundestaupe) 618.
Ley, M. A. (Normale u. Anomale) 730.
— R. A. (Cerebellare Atrophie) 679.
— Rodolphe (Neuroglia) 837.
Ley, Rodolphe-Albert (Kleinhirnsyndrom) 428.
Leyberg, J. (Osmotherapie u. syphilitischer Liquor) 216.
Leyen, Ruth v. der (Psychopathische Kinder u. Jugendliche) 341.
Leyser, E. (Hirnpathologie, Psychiatrie) 48.
— Edgar (Haut- u. Nervenerkrankungen) 443; (Metencephalitische u. schizophrene Störungen) 719.
Lhermitte, J. (Syphilis, Streifenhügel) 102; (Oblongata-Gliose) 872.
— — s. Babonneix, L. 695.
— — et M. Nicolas (Amyotrophien der Hand) 435.
— — et P. Schiff (Nervöse Hemmung) 616.
— Jean, and Walter M. Kraus (Vorderhorn-Zellen) 135.
— — Gabrielle Levy et N. Kyriako (Apraktiker, Raumvorstellungen) 855.
L'Heureux, Marcel, et Pierre Ingelrans (Rückenmarksmeningen-Verletzungen) 706.
Lian, Camille, und Raymond Barrieu (Gehirnstörungen und Hypertension) 647.
Licht, H. s. Schäffer, H. 756.
Lichtwitz s. Sicard 394, 400.
Lickint, Fritz (Alkohol u. Tabak) 231.
Liddell, E. G. T. s. Ballif, L. 139.
— — — — — s. Fulton, J. F. 20.
Liebhart, Stanisław (Lumbalanästhesie in Gynäkologie) 407.
Liebmann, Stefan s. Sümegi, Stefan 267.
Liebner, Ernö (Sclerodermie en plaques u. Syphilis) 196.
Lieck, E. (Sympathicuschirurgie) 290; (Basedow) 575; (Große Schilddrüsen) 866.
Liegner, B. (Gynäkologische Psychotherapie) 523.
Lier, Joh. L. van (Psychose u. Herz) 339.
Lilienstein und Kastan (Nervöse Herzerkrankungen) 235.
Lillie, Walter I. (Schläfenlappentumoren) 183.
Lindberg, Kaj (Purinstoffwechsel) 565.
Lindtrop, G. s. Amossov, M. 875.
Linke (Anstalt Leubus) 898.
Lipiński, Witold, und Tadeusz Keller (Wassermannsche Reaktion) 405.
Lipmann, Otto (Unfall) 328; (Begabten-Auslese) 636.
Lippmann, Werner (Kriminalpsychologie) 156.

Digitized by Google

Lipschütz, A., M. Tiitso, D. Švikul und S. Veănjakov (Hermaphroditismus u. Geschlechtsdrüsen. VII.) 578.
— Alexander (Geschlechtsdrüsen) 320; (Hermaphroditismus u. Geschlechtsdrüsen. VIII.) 578.
— — und H. E. V. Voss (Hermaphroditismus u. Geschlechtsdrüsen. VI.) 578.
Lipschutz, A., et H. Perli (Hermaphroditismus) 809.
—, Alexandre (Ovarialtransplantat) 809.
Lisi, L. de s. De Lisi, L.
Lisser, H., and H. C. Shepardson (Parathyreoprive Tetanie) 454.
Livet, L., Bonnet-Lemaire et Roger (Basedowstruma, Ultraviolettbehandlung) 97.
Lloyd, James Hendrie (Optisches Vorstellen) 635.
Locatelli, P. (Nervensystem, Regeneration) 12.
— Piera (Quergestreifte Muskelgewebe) 496.
Löffler, W. (Fieber) 761.
Löhr, Hanns, und Walter Freydank (Thyroxin u. menschlicher Organismus. I.) 200.
Löpfe, Adolf (Rorschachsche Formdeutversuche) 379.
Loevenhart, A. S. s. Lorenz, W. F. 215.
Löwenberg, K. (Neostrontan) 58.
Loewenstein (Weiblicher Zwitter) 579.
— Joseph, und A. W. Calm (Chondrodystrophia fetalis) 321.
Löwenstein, Otto (Experimentalpsychologische Forschung) 636.
Loewenthal, S. (Neurosen) 602.
Loewy, A. (Höhenklimawirkungen) 845.
Löwy, Julius (Labyrinthärer Schwindel) 702.
— Max (Plethora, Meteorismus u. Psyche) 284.
Logan, H. P. s. Olmsted, J. M. D. 138.
Lohmann, K. s. Meyerhof, Otto 367, 757.
Loizaga, Niceto S. s. Espinola, Rafael 85.
— — — und Rafael Espinola (Wirbelkanal-Tumoren) 85.
Lokšina, E. (Geisteskranke, Erythrocytensedimentierung) 654.
Lombroso, Gina (Verbrecherische Frau) 727.
Lonergan, M. P. s. Kopeloff, Nicholas 332.
Long, C. N. H. s. Hill, A. V. 367.
— E., et J. J. Mozer (Meralgia paraesthetica) 314.
Longchampt s. Debré, Robert 409.
Looney, Joseph M. (Katatonie, Blutbestandteile) 655.
López, Albo, Wenceslao (Myelodysplasie u. Rachidysplasie) 835.
Lorente de Nò, R. (Labyrinthreflexe auf Augen) 622.
Lorenz, W. F., A. S. Loevenhart und H. H. Reese (Neurosyphilis, Trypansamid) 215.
Lorenzi, F. de s. De Lorenzi, F.
Lortat-Jacob et A. Haye (Arsenpigmentation der Haut bei Tabes) 81.
Lotmar, F. (Komik u. Spiel) 44.
Lubosch, W. (Anatomie, Cubitalgegend) 361.
— Wilhelm (Anatomie, Grundriß) 129.
Lucien, M., J. Parisot et G. Richard (Schilddrüsenstörungen) 202.
Lucksch, Franz (Vaccine-Encephalitis) 260; (Zentralnervensystem, Impfschäden) 815.
Ludy, John B. s. Knowles, Frank C. 172.
Luerssen und Erika Lange (Ekzematiker, vegetatives Nervensystem) 759.
Luncangeli, Gian Luca (Harn, Schwarzreaktion) 656.
Lund, Frederick Hansen (Psychologie des Glaubens) 153.
— Robert (Kleinhirnabsceß) 680.
Lundahl, Nils (Schwachsinnige, Taubstumme, Blinde, Anstaltsfürsorge) 248.
Luntz, R. (Meningitis) 170.
Lupo, M. (Enchondrom des Sinus sphenoidalis) 569.
Lurie, Louis A. s. Jackson, D. E. 517.
Lustig, Walter (Gerichtliche Medizin u. Psychiatrie) 475.
Luther, Friedrich (Theorie des Spiels) 33.
Lutz, Anton (Ophthalmoplegia internuclearis anterior) 49.
Luxenburger, Hans (Rassenhygiene u. Auswanderung) 894.
Lyne, Frank R. s. Cummer, L. 663.
Lyon-Caen, Louis (Neuromuskuläre Erregbarkeit) 148.
Lythgoe, R. J., and J. R. Pereira (Muskelarbeit, Sauerstoffverwertung. XI.) 150.
Lyttle, John D. s. Wilcox, Herbert B. 170.
Ma, Wen-Chao (Spinalganglienzellen, Beriberi-Vögel) 141.
Macbride, Henry J. (Syringomyelie u. Akromegalie) 308.
— — — s. Wilson, S. A. Kinnier 191.
McCarrison, Robert (Schilddrüsenkrankheit) 449.
Macciotta, G. (Tetanie) 581.
Macco, G. di s. Avellowe, L. 18.
McConnell, W. J. s. Sayers, Royd Ray 874.
McCord, Clinton P. (Soziale Psychiatrie) 480.
McCutcheon, A. M. (Schwachsinnige, Anstaltsbehandlung) 711.
Macdonald, Hector (Isle of Wight, Bevölkerung u. Intelligenz) 42.
McDougall, William (Freudsche Psychologie) 46.
McDowall, R. J. S. s. Aveling, F. 771.
McEachern, John (Bulbäre Poliomyelitis) 793.
M'Fadyean, John (Hirncholesteatom) 462.
McGlasson, I. L., and W. Keiller (Rückenmark bei Pemphigus) 611.
McKendree, Charles A. s. Cornwall, Leon H. 68.
Mackenzie, George W. (Spontannystagmus) 186.
McKinley, J. Charnley, and Lawrence R. Gowan (Parkinsonismus, Neuronenentzündung) 537.
Maclaire, A. S. (Hydrocephalus) 661.
— — — s. Sharpe, William 816.
MacLeod, Sidney B. s. Lewin, Philip 213.
McWilliam, Wm. (Psychose, Adrenalinempfindlichkeit) 656.
Máday, I. (Zeichenbegabung Schizophrener [Moravcsik-Gedenkbuch]) 128.
Maderna, Candido (Herpes zoster u. Varicellen) 803.
Maeder, A. (Psychanalyse) 516.
Mager, Alois (Aufmerksamkeitswanderung) 376.
Magni, Luciano (Postencephalitischer Parkinsonismus) 852.
Magniel (Asthmakrisen und Arhythmie) 370.
Magnus (Liquor cerebrospinalis u. Hirnödem) 173.
— Georg s. Jacobi, Walter 13.
Mahaim, Ivan (Leberlinsenkerndegeneration) 790; (Wilson-Pseudosklerose) 853.

Digitized by Google

Maier, Hans W. (Kinderpsychiatrische Tätigkeit, Zürich) 479; (Cocainismus) 824.
Mainzer, Fritz (Epilepsie, Überventilation) 112; (Ärztliche Diagnose) 646.
Malerba, A. (Dura mater spinalis-Tuberkulose) 79.
Maloens (Eitrige Meningitis) 60.
Maloff, G. A. s. Beresin, W. J. 698.
Malossi, Cesare (Liquor cerebrospinalis) 528.
Manfredi, Leonardo (Vegetatives Nervensystem, Funktionsprüfungen) 369.
Manjkivskij, B. (Neuritis u. Polyneuritis, Kohlenoxyd-Vergiftung) 814.
Manjkovskij, B. (Muskelhypertrophie) 559; (Narkolepsie) 710.
— — und W. Beder (Babinskisches Zeichen) 769.
— — und S. Šaravskij (Kolloidreaktionen, Liquor) 529.
Mankowsky, B., und W. Beder (Babinski-Phänomen) 272.
Mannino, Lorenzo s. Giuffrè, Liborio 664.
Mapother, Edward (Münchner psychiatrische Klinik) 898.
Maragliano, Dario (Ischiadicus) 400.
Marbe, Karl (Heimweh) 45.
Marburg, Otto (Amyostatischer Symptomenkomplex) 789.
Marchand, L., et P. Schiff (Hirntumor) 676.
— — s. Toulouse, Ed. 708.
Marcinowski, J. (Seelenleben Nervöser) 237; (Traumanalyse) 384.
Marco, Federico de s. De Marco, Federico.
Marconi, Sandro (Rr. communicantes) 56.
Marcovich, P. (Thyreotoxische u. neurasthenische Zustände) 574.
Marcu, I. s. Daniélopolu, D. 2.
Marcus, Henry, und Ernst Sahlgren (Hypnose u. vegetatives Nervensystem. II.) 159.
— Herbert (Raynaudscher Symptomenkomplex) 317.
Marcuse, Julian (Unfruchtbarmachung Minderwertiger) 122; (Luft- u. Sonnenbäder) 288.
— Max (Sexualwissenschaft, [Handwörterbuch]) 639.
Margairaz, Emilie, et Jean Piaget (Dawidsche Bilder) 380.
Margolin, G. S. (Tetanie u. Raynaudsche Krankheit) 692.
Marguglio, Domenico (Postencephalitischer Parkinsonismus) 535.
Margulis, M. (Syphilitische Meningo-Encephalitis) 699.
— — S. (Myelo-Radiculo-Polyneuritiden) 671; (Meningo-Encephalo-Myelitiden) 870.
Marie, A. (Malariabehandlung, Paralyse) 116; (Malariabehandlung, Psychose) 466.
— — et Paul Chevallier (Malariabehandlung, Paralyse) 467.
— — et Levaditi (Neurotropismus u. Paralyse) 819.
Marill (Große Zehe, Beuger) 361.
— s. Raynaud, M. 558.
Marin Moreno (Peritonismus) 53.
Marinesco, G. (Myasthenie) 78; (Infantile amaurotische Idiotie) 594.
— — et S. Draganesco (Bulbärparalyse) 683.
— — et I. Nicolesco (Cerebellothalamisches Syndrom) 420.
— M. G. (Myxödem) 320; (Multiple Sklerose) 685.
Marinescu, G. (Amaurotische Idiotie Bielschowsky) 222.
Markey, John F. (Sprachgewohnheiten) 36.
Markov, D. (Hypophysenerkrankungen) 447.
— G. I. s. Danielewskaja, E. D. 196.
Markuszewicz, R. (Malariabehandlung progressiver Paralyse) 465.
Marlow, F. W. (Hypophysäre Erkrankungen) 866.
Marotta, Aquiles S. (Muskuläre Dystonie) 417.
Martel, de s. Vincent, Cl. 705.
Martin, Walter B. (Meningo-Encephalitis) 300.
Martini, Tulio, und Celestini Augusto Gourdy (Korsakoff-Psychose) 470.
Martino, Pedro J. (Otitis mucosa) 61.
Martynov, A. (Zentralnervensystem, Chirurgie) 519.
Mârtz, F. (Myelitis dorsolumbalis) 433.
Marx, Anton Maria (Sinus longitudinalis inferior) 7.
— H. (Epiglottis-Lähmung) 86.
Marzio, Q. di (Fibroendotheliom, N. opticus) 53; (Coma frontale) 329; (Augensymptome, Meningitis serosa) 403.
Masieri, Nereo (Puerperalpsychose) 469.
Maslov, E. (Epidemische Encephalitis, Störung äußerer Sekretion) 536.
Mathis, Hermann, und Hermann Angerer (Mißbildung) 259.
Matsui, Yoshio (Nervenfasern im Sympathicus) 754.
Matthey, R. (Nervi-optici-Resektion) 619.
Matzdorff (Halsmuskelkrampf) 587.
— Paul (Narkolepsie) 221.
Mauric, Georges s. Sorrel, Etienne 557.
Maus, J. P. s. Wilson, George 189.
Mauz, Friedrich s. Gaupp, Robert 653.
May, Etienne (Parkinsonzittern) 541.
— Raoul M., and S. R. Detwiler (Zentralorgane) 140.
Mayendorf, Niessl von s. Niessl v. Mayendorf.
Mayer, A. (Fluor albus) 474.
— H. (Neurologie u. Psychiatrie, Compendium) 280.
Mayer-List, Richard, u. Gottfried Hübener (Capillarmikroskopie u. Zwillingsforschung) 478.
Mayoux s. Sargnon, A. 86.
Mazáčová, Anna (Psychosen) 229.
Mazel, P., et P. Robin (Schädelgrundbrüche) 815.
Mazzanti, Carlo (Dementia praecox) 880.
Meek, Walter J., and A. S. Crawford (Enthirnungsstarre u. plastischer Tonus) 139.
Meggendorfer, Friedrich (Dementia senilis) 823.
Mehner, Heinz (Prolongal) 287.
Meisel, H. (Impfungen gegen Wut) 703.
Melchior, Eduard (Chirurgie, Grundriß) 519.
Melkersson, Ernst (Verkalkter Hirntumor) 423.
Mella, Hugo (Striäre Symptome) 491; (Bulbocapnin) 843.
Menestrina, Gino (Oculomotoriuslähmung) 799.
Menninger, Karl A. (Syphilis u. Osteoporosis) 103.
— William C. (Argyll-Robertsonsches Symptom) 386.
Merkel, Hermann (Gehirnsubstanz) 834.
Merkin, Regina (Ozeretzky-Teste) 379.
Merklen, Pr., M. Wolf et A. Froelich (Meningokokkämie) 525.
Merletti, C. (Spasmophilie u. Schwangerschaft) 455.
Merwarth, H. R. s. Stookey, Byron 311.
Messing, Sigismond (Vestibularis-Augenreflexe) 430.
Metz (Hortega-Zellen) 8.
Metzger, E. L., M. Simon und H. Weinberg (Gesichtsfelduntersuchungen) 34.

Digitized by Google

Meulengracht, E. (Perniziöse Anämie) 433.
Meurman, Y. (Nystagmus) 186.
Meyer, A. (Status marmoratus) 789.
— Adolf (Psychologie versus Nosologie) 770.
— E. (Praktische Psychiatrie) 652.
— Erich (Intravenöse Traubenzuckerlösungen. I.) 517.
— — W. J. (Geschlechter) 637.
— Hans (Gaswechsel des Basedowikers) 576.
— — H., und R. Gottlieb (Experimentelle Pharmakologie) 14.
— Jean s. Gougerat 437.
Meyerhof, Otto, und K. Lohmann (Milchsäurebildung im Muskel) 367; (Muskelermüdung) 757.
Meyerson, I. s. Francois, Marcel 630.
Mezger, Edmund (Persönlichkeit u. strafrechtliche Zurechnung) 887.
Mezzatesta, F. (Chiasma-Gumma) 866.
Michaux, Jean, A. Lamache et R. Poulet (Lumbalpunktion) 297.
Michel, Rudolf (Verbrechensursachen) 118.
Michelson, G. (Osteoarthritis endemica u. Kropf) 805.
Mihalescu, S. s. Urechia, C. I. 330.
Miklaszewski, W. (Verbrecherisches Kind) 727.
Mikulowski, W. (Opsomyoklonischer Symptomenkomplex) 186.
Mikulski, Karol (Syringomyelie) 795.
Milani, E. (Basedowsche Krankheit, Strahlentherapie) 576.
— Guido (Luische Meningitis) 213.
Milizin, W. (Physikalische Therapie, Ischias) 399.
Miller, Clifton M. (Sehnervenentzündung) 52.
— Frederick R., and R. A. Waud (Visceromotorische Reflexe IV.) 493.
— Margaret (Reaktion auf elektrischen Schlag) 637.
Milligan, William (Kleinhirnabsceß) 549.
Milone, Giuseppe (Sacrum-Sarkom) 863.
— Sebastiano (Atrophie willkürlicher Muskeln) 496.
Minea, I. (Experimentelle multiple Sklerose) 141; (Senile Pseudoplaques) 228.
Mingazzini, G. (Kolloidreaktion, Liquor cerebrospinalis) 406; (Psychosen) 781, 824.
Minkowski, E. (Krankhaftes Bedauern) 338.
Minor, L. (Erbliches Zittern) 455.
Minot, A. S. s. Aub, Joseph C. 216.
Minsker, S. s. Grzebin, Z. 299.
Minz, J. (Epileptiformer Symptomenkomplex) 302.
Mjöen, Jon Alfred (Erbanalyse u. musikalische Begabung) 831.
Mira, E. (Typtologische Theorie Kretschmers) 240.
Miraglia, Michele (Amyotonia congenita) 560.
Mirvish, L. (Progressive Muskelatrophie) 323.
Misasi, M. s. Sindoni, M. B. 434.
Miskolczy, Desiderius (Pyramidenzellen) 746.
Mislawsky, N. A., und G. A. Schtscherbakoff (Sympathisches Nervensystem) 266.
Missriegler s. Graven 887.
Mitnitzky, D. M. s. Busik, M. S. 648.
Mittelmann, Dénes (Polyglanduläre Insuffizienz, Substitutionstherapie) 445.
Mixter, William Jason (Lipiodol, Rückenmarktumor) 309; (Rückenmark-Kompression) 555.
Mo, Arturo (Dipsomanie) 231.
Mó, Arturo s. Bosch, Gonzalo 820.
Möckel, W. (Sterilisation u. Kastration) 242.
Moehlig, Robert C. (Amaurotische Idiotie) 712.
Mönkemöller (Psychopathie u. Gesetzgebung) 234; (Irrenfürsorgegesetz) 243.
Mogilnicki, T. (Cerebrospinalmeningitis, Säugling) 170.
Mogilnitzky, B. (Syphilis des Nervensystems) 584.
Mogilnizky, B. (Neuroglanduläre Apparat) 566.
Mohr, Fritz (Psychophysische Behandlungsmethoden) 292.
Molin de Teyssieu et Rubenthaler (Meningomyelitis des Lendenmarks) 188.
Molinelli, E.-A. s. Houssay, B.-A. 267.
Molitor, H., und E. Pick (Wasserwechsel-Regulation. I.) 445.
Molitoris, Hans (Bromoformvergiftung) 873.
Moll, Albert (Okkultismus u. Psychologie) 280; (Imbezille u. Psychopathen) 593.
Mommer, E. s. Eckstein, A. 867.
Monateri, G. (Meningitis bei Lues) 700.
Monjé, Manfred (Gesichtsempfindung) 145.
Montalti (Oculomotorius- und Trochlearisкerne) 738.
Montassus s. Frénel 330.
Montassut, Marcel s. Claude, Henri 723.
Montaud, Raul de (Meningitis serosa interna) 850.
Montgomery, J. C., and W. C. C. Cole (Liquordrainage, Poliomyelitis) 189.
Moorhouse, V. H. K. s. Austmann K. J. 140.
Moravcsik-Gedenkbuch 127.
Morax, V. (Augensymptome, Encephalitis lethargica) 410.
Moreali, G. (Syringomyelie) 796.
Morelli, Gustav s. Freystadtl, Béla 263.
Morev, W. (Blutfermente, Spasmophilie u. Diathese) 454.
Morgan, L. T. (Testversuche) 378.
Morgenthaler, W. (Schizophrenie) 880.
Morin, Joseph Edouard s. Stewart, Matthew J. 557.
Morpurgo, B. (Mäusenerven) 18.
Morselli, Enrico (Encephalitis) 411; (Psychanalyse) 513.
— Giovanni Enrico (Totale Aphasie) 855.
Moses, J. (Schwachsinn) 334.
Mosgowoi, P., und R. Ssobolewskaja (Malariabehandlung, Paralyse) 225.
Mott, Frederick (Spinale Erkrankungen) 83; (Erblichkeit geistiger Erkrankungen) 241; (Dementia praecox) 715; (Geisteskrankheit) 165.
Mouriquand et Bernheim (Myopathie u. Encephalopathie) 560.
Mouriz, J. (Meningitis) 295.
Mozer, J. J. s. Long, E. 314.
Muck, O. (Sympathicotonus der Gehirnarterien) 26; (Vasomotorisches Reflexphänomen) 769.
Mühlens, Peter s. Ruge, Reinhold 646.
Müller (Beschäftigungsbehandlung Geisteskranker) 348.
— A. (Muskulärer Kreuzschmerz) 558.
— Hilde (Intelligenzprüfungen) 379.
Müller-Braunschweig, Carl (Metapsychologie) 641.
Mueller, Berthold (Brennspiritustrinker) 471.
Mueller-Roland, F. H. (Eukodalismus u. Gesetz) 471.
Münch, H. s. Georgi, F. 173.
Muller, G. P. s. Gamble, C. J. 175.

Digitized by Google

Mumford, P. B. (Raynaudsche Krankheit) 89; (Dementia praecox) 719.
Munk, Fritz (Röntgendiagnostik innerer Krankheiten) 388.
Muratori, Enzo (Rückenmark-Metastasen) 862.
Mutermilch, S., et S. Nicolau (Serodiagnostik, experimentelle Syphilis) 750.
Myers, C. N. s. Fordyce, John A. 840.
Mylius, K. (Rectus superior-Lähmung) 876.

Naccarati, Sante (Konstitutions-Psychologie) 892.
— — and H. E. Garrett (Körperbau u. Temperament) 240.
Nachmansohn, M. (Masturbation) 342.
Nagasaka, Genichi (Schizophrenie, extrapyramidale Zentren) 821.
Nakadate, Kohkichi (Rassenhygiene) 347.
Nasaroff, N. N. (Nervenstämme, Alkoholinjektionen) 751.
Nasso, Ivo (Tetanus neonatorum) 328.
Nathan, M. (Hysterie) 605.
Naunyn, B. (Lautsprache des Menschen) 155.
Navarro, Juan Carlos (Encephalitis) 67; (Polyneuritis) 801.
Naville (Unfälle des Nackens) 461.
— F. (Sterilisation u. Kastration) 242.
Navratil, E. (Herznervenwirkung. IX.) 762.
Nayrac et Dubruille (Alzheimersche Krankheit) 228.
— P. s. Raviart, G. 468.
Neal, Josephine B., Henry W. Jackson and Emanuel Appelbaum (Encephalitis) 174.
Neck, M. van (5. Lendenwirbel) 84.
Neel, Axel v. (Liquor cerebrospinalis, Zellen- u. Eiweißgehalt. II.) 404.
— — V. (Encephalitis, Singultus epidemicus, Influenza u. Poliomyelitis) 412; (Epidemische Encephalitis) 533.
Negru, Elena (Kinder-Meningitis) 60.
Neiding, M. (Mittelhirn-Geschwulst) 184.
Neil, Jane A. (Schulklassen für verkrüppelte Kinder) 608.
Neißer, M. (Gähnen) 164.
Nelson, Marque O. s. O'Leary, Paul A. 299.
— Sarah H. s. Gray, Albert A. 393.
Németh, E. v. (Geisteskrankheit, Simulation) [Moravcsik-Gedenkbuch] 128.
— L. s. Hajós, K. 759.
Nestor, N. I., und Alex. Codreanu (Meningokokkenserum-Therapie) 403.
Netter, Georges s. Debré, Robert 409.
Neubürger (Gefäßstörungen) 254; (Diffuse Gliaverfettung) 255; (Hirnbefund nach Gallensteinoperation) 911.
— Karl (Arteriosklerose, Großhirnrinden-Erkrankungen) 881.
Neufeld, Ludwig (Liquor cerebrospinalis u. Antikörper) 664.
Neugarten, Ludwig (Eklampsie) 104.
Neumann, Johannes (Individualpsychologische Soziologie) 640.
Niccolini, Pietro-Maria (Pharmaca u. Hormone. I.) 572.
Nicolas, M. s. Lhermitte, J. 435.
Nicolau, L. (Botulismus, Augenstörungen) 703.
— S. s. Mutermilch, S. 750.
Nicolaysen, Lyder (Meningeale Blutung) 170.
Nicole, J. Ernest, et John P. Steel (Progressive Paralyse, Malariabehandlung) 714.
— — — and John P. Steel (Malariaimpfung) 820.
Nicolesco, I. s. Marinesco, G. 420.
— L., et D. Raileanu (Diabetes) 571.
Niculescu, Ion T. (Mesencephalopontiner Kern) 2.
— — — und I. Bazgan (Hinteres Längsbündel) 49.
Nielsen, Johannes M. (Epileptiforme Anfälle) 219.
Niepokojczycka, J. (Lyssa) 106.
Niessl v. Mayendorf (Assoziation) 252; (Halluzinose) 285.
— — — E. (Aphasielehre) 543.
Nigris, Giovanni de s. De Nigris, Giovanni.
Niina, T. (Liquor, Chlor- u. Zuckerbestimmung) 664.
Nikisin, F. s. Hepner, Josef 576.
Nikitin, M. (Sclerosis cerebellopyramido-intercorticalis) 428; (Krieg u. Hysterie) 604.
Nikolaeff, M. P. (Adrenalin) 580.
Noack, Victor (Kulturschande u. Wohnungsnot) 127.
Nobécourt (Fettsucht, Gehirnkrankheiten) 91; (Parkinsonsyndrom u. Encephalitis epidemica) 534.
Noble, Thomas P., and John M. Frawley (Klippel-Feil-Syndrom) 796.
Noël, R. (Motorische Endplatten, Wirbeltiere) 135.
Noica und C. Danulescu (Aphasie u. Dysarthrie) 180.
Nolf, P. (Sympathische Nerven u. Magenmuskulatur) 764.
Noll, A. (Pupillenreaktionen beim Vogel) 52.
Nonne M. (Malariabehandlung, Paralyse (115, 466; (Paralyse) 337; (Stirnhirngeschwülste) 547.
Noodt, Klara (Epitheliome, Plexus chorioideus) 75.
Noorden, C. von s. Langstein, L. 161.
Norbury, Frank Parsons (Altern u. Alzheimersche Krankheit) 823.
Norris, H. W. (Kopfnerven von Ganoiden) 360.
Nott, Herbert W. (Schilddrüsen- u. Manganbehandlung) 395.
Novotný, Antonín (Labyrinthreflexe) 145.
Nudelmann, L. s. Bregman, L. E. 683.
Nuelle, María s. Eckstein, A. 867.
Nukariya, Seiichi (Keimdrüse u. Hypophyse) 206.
Nylen, C. O. (Hirntumor 184.
Nyssen (Friedreichsche Krankheit) 77; (Poliomyelitis anterior) 189.
— R. (Malariaimpfung) 338.
— — et L. van Bogaert (Motorische Reizerscheinungen) 175.

Obarrio, Johannes (Diplopie, (Encephalitis) 66.
— Juan M. (Trigeminus-Neuralgie) 86; (Liliput-Halluzinationen) 286; (Alkoholismus bei Kindern) 825.
Obregia, A., A. Popea et C. Giurgiu (Vegetatives System u. Geisteskranke) 284.
— Al. (Schädel-Anthropologie) 4.
Ochsenius, Kurt (Enuresis) 524; (Inkontinenz im Spielalter) 604.
Ochsner, Albert J. (Kastration Minderwertiger) 345.
Odelberg, Axel (Basedowsche Krankheit, Jodbehandlung) 576.
Oettingen, Kj. v. s. Hoepke, H. 810.
Offermann, Arno (Cocain, zentrale Wirkung) 840.
Ogawa, Shigeshi (Epithelkörperchen. 1.) 100.
Ogden, Robert Morris (Intelligenz) 635.
Ohara, Toshio (Adrenalinhyperglykämie. I, 2.) 208.

Digitized by Google

Ohm, J. (Multiple Sklerose, Augenzittern) 686.
— Johannes (Augenzittern) 76; (Augenzitternkunde. I.) 431.
Ohmori, So (Cerebellare Ataxie, Alkoholamaurose) 77.
O'Leary, Paul A., and Marque O. Nelson (Liquor, Nervensyphilis) 299.
Oljenick, Ign. (Lipiodol, Rückenmarkserkrankungen) 309.
Olivecrona, Herbert (Intrakranielle Eingriffe, Lokalanästhesie) 520; (Acusticustumoren) 547.
Oliverio, Alfredo E. (Kleptomanie) 345.
Olivier, Henri s. Trémolières, F. 212.
Ollendorff, Helene s. Buschke, A. 6.
Olmsted, J. M. D., and H. P. Logan (Großhirnrinde u. Extensionsstarre bei Katze) 138.
Omorokov, L. (Encephalitis epidemica) 303; (Corpora amylacea u. Gehirn-Krystallbildung) 361.
— — I. (Corpora amylacea im Gehirn) 833.
Onari, K. (Status marmoratus des Striatum) 70.
Oppikofer, E. (Aphonie) 237.
Orel, Herbert (Lues congenita) 456.
Orlandini, Orlando (Retina u. Blutkreislauf) 762.
Orlof, P. (Sclerodermia diffusa) 196.
Ormaechea, Juan B. (Cephaloplegischer Symptomenkomplex) 80.
Ormond, Arthur W. (Sinnestäuschungen) 782.
Ortleb (Anstaltsbehandlung) 347.
Orton, Samuel T. (Wortblindheit) 181.
Osann, E. (Zisternenpunktion) 54.
Osborne, Earl D. (Benzoereaktion) 299.
Oschmann, A. s. Schwartz, A. 756.
Oseretzky, N. (Minderjährige in Rußland) 239.
Osnato, Michael (Industriearbeiter-Neurosen) 236.
Ossinskaja, W. s. Giese, E. 796.
Ossinskij, W. (Encephalographie) 281.
Ossipov, V. (Geisteskrankheiten) 780.
Ossipow, V. P. (Psychiatrie — Tropopathologie) 652.
Ossipowa, S. W. s. Ssucharewa, G. E. 830.
Ossokin, N. (Synkinesien) 648.
Ostankow, P. (Amentia) 470.
Ostertag (Heredo-degenerative Erkrankungsform) 899.
— B. (Amaurotische Idiotie, Markerkrankung) 10.
Ostmann (Tetrophans) 517.
Ostrowski, M. s. Artwiński, E. 224.
— Stanisław (Oculokardialer Reflex) 768.
O'Sullivan, John (Verkalkungen u. Verknöcherungen) 546.
Oswald, Ad. (Fettsucht) 322.
Ottonello, Paolo (Kropfepidemie, Sardinien) 200; (Encephalitis epidemica, Extrapyramidales Syndrom) 671.
Overhamm, Gregor (Jackson-Epilepsie) 73.

Paasche, Karl (Postencephalitische Krankheitsformen) 177.
Pacheco e Silva, A. C. (Spirochaete pallida) 819.
Pachon, V., et P. Delmas-Marsalet (Cheyne-Stokessches Atmen) 619.
— — et C. Petiteau (Sehnenreflex) 500.
Packard, Maurice, and Edwin G. Zabriskie (Hirnblutungen) 414.
Pagès, Benoit et Pélissier (Neuroglia) 8.
Pagniez, Ph. (Liquordrucksteigerung) 295.
Pál, J. (Atonie) 371.
Palieri, Domenico (Anencephalie) 616.
Palma, Raffaele (Tabische Arthropathie) 687.
Palmer, D. A. s. Favill, John 84.
Palmieri, Vincenzo Mario (Kropf) 450.
Panconcelli-Calzia, G. (Facialislähmung) 863.
Pándy, Kálmán (Tabes) 552.
Panse, Friedrich (Nervensystem u. Blitzschlag) 108.
Panzel, Adolf (Gewicht bei Gesunden u. Kranken) 625.
Paoli, Mario de s. De Paoli, Mario.
Papilian, V., und C. Velluda (Glykämie nach Pilocarpin) 759.
Pappenheim, M. (Syphilitischer Parkinsonismus) 584; (Vertikaler Blickkrampf, Parkinsonismus) 410.
— Martin (Trigeminusneuralgie) 438.
Parhon, C., et Marie Briese (Calcium, Kalium, endokrine Drüsen) 94.
Parhon, C. J., Charlotte Ballif et Zoe Cavaman (Pilärer Virilismus) 318.
Paris, F. s. Schnitter 104.
Parisot, J. s. Lucien, M. 202.
Parker, G. H. (Nervenfaser u. Kohlensäuremenge) 368.
Parodi, Umberto, e Silvio Ricca (Atrophia olivo-ponto-cerebellaris) 305.
Pascheff, C. (Nucleäre Ophthalmoplegie) 535.
Paso, Juan Roberto (Pestmeningitis) 169.
— — — und Ambrosio Barni (Milzbrand-Meningoencephalitis) 409.
Pastrovich (Malariabehandlung, Paralyse) 115.
Pauli, R. (Psychische Zeiten) 637.
Paulian (Multiple Sklerose) 686.
— Dem. (Augenstörungen, Encephalitis u. Parkinsonismus) 66.
Pavlović, R. (Polyserositis) 422.
Pavlovitch, A. (Somnifen) 288.
Pawlisch, O. V. (Lähmungszeit, Froschischiadicus) 755.
Pawlow, I. (Erregung u. Hemmung) 373.
Paz, D. de la s. De la Paz, D.
Pearcy, J. Frank, and Theodore Koppányi (Rückenmark beim Fisch) 140.
Pedrazzini, Francesco (Seröse Meningitis u. Pseudotumor cerebri) 789.
Peet, Max M. (Intrakranieller Druck) 297.
Peiper, Herbert (Rückenmark, Myelographie) 83; (Wirbelsäule, Röntgendiagnostik) 556.
Pelewin, M. (Epidemische Encephalitis bei Kindern) 853.
Pélissier s. Pagès 8.
Pellacani, G. (Progressive Paralyse) 713; (Erbkonstitution) 893.
Pelnář, J. (Epilepsie mit Myoklonie) 588; (Hemibulbare Syndrome. I.) 682; (III.) 683.
— — und Josef Dědeček (Hemibulbare Syndrome. II.) 682.
Pemberton, John de J. (Chirurgie, Schilddrüse) 452.
Pende, M. (Endokrinologie u. Psychologie) 197.
— N. (Suprarenale Syndrome) 98.
Pendleton, C. R. (Temperaturpunkte auf Haut) 625.
Penfield, Wilder (Mikroglia) 9.
— — G. (Subduralraum, Schädel) 487.
Pentman, I. (Myelom) 174.
Pepper, O. H. Perry s. Gamble, C. J. 175.

Digitized by Google

Perdrau, J. R. (Encephalitis lethargica-Virus) 667.
Pereira, Enrique Porto s. Bonaba, José 62.
— J. R. (Muskelarbeit, Sauerstoff-Verwertung. XII.) 150; (Patellarreflex. I.) 501.
— — — s. Lythgoe, R. J. 150.
— Jayme R. (Fußklonus) 30; (Nerven-Hemmung) 265.
— — — s. Veach, Harry O. 266, 366.
Perelmann, Alexandre (Malariapsychosen) 720.
Périsson, J. s. Guillain, Georges 700.
— Joseph (Vegetative Störungen, Hemiplegie) 69.
Peritz, G. (Hormone im Blute) 864.
Perkel, J. D. (Lumbalpunktion) 407.
Perli, H. s. Lipschutz, A. 809.
Perman, Einar s. Zetterqvist, Anders 576.
Péron, N. s. Guillain, Georges 437, 872.
Perotti, Giuseppe (Nerventransplantation) 260.
Persch, Reinhold (Psychopathenfamilien) 826.
Peserico, E. (Pankreassekretion) 270.
Petersen, F. F. (Intrakranielle Tumoren) 548.
— Hans (Aufrechte Körperhaltung) 632.
Petiteau, C. s. Pachon, V. 500.
Petrén, Alfred (Jugend- u. Kinderfürsorge, Schweden) 247; (Geisteskrankenpflege) 606.
Petriello, Luis Maria s. Bonaba, José 62.
Petrov, A., und N. Zacharjevskaja (Cerebrospinalflüssigkeit, Syphilis) 214.
Petrowsky, W. W. s. Beresin, W. J. 698.
Petry, L. (Schizophrenie, Organotherapie [Moravcsik-Gedenkbuch]) 128.
Pette, H. (Eigenserumbehandlung) 396.
Pettinari, Vittorio (Keimdrüse) 206.
Petzelt, Alfred (Konzentration bei Blinden) 511.
Pewny, Walther (Medinalvergiftung) 702.
Peyrot, J. (Tropenpsychosen) 720.
Pfeifer, B. (Chemotherapie, Paralyse) 118.
Pfeiffer, Ch. (Hypophyse bei Vögeln) 566.
Pfeiffer, H., F. Standenath und R. Weeber (Peptidasenhaushalt, Epileptiker) 331; (Impfmalaria) 819.
Pfersdorff, Ch. (Irresein) 164.
Pfister, Oskar (Rorschachscher Versuch bei Oligophrenen) 465.
Phelipeau, J. s. André-Thomas 690.
Philips, Herman B., and Charles Rosenheck (Neuroarthropathien) 799.
Phillips, Percy s. Fawcett, Edward 811.
Photakis, B. A. (Neosalvarsan-Injektion) 104.
Piaget, Jean (Urteilen u. Denken) 635.
— — s. Margairaz, Emilie 380.
Picard, Hugo (Poliomyelitis anterior) 750.
Piccinino, Guido (Lipiodoldiagnostik, Wirbelkanal) 310.
Pick, E. s. Molitor, H. 445.
— Friedel (Stirnhirngeschwülste u. Schädelgrube) 546.
Pickworth, F. A. (Jodgehalt, Schilddrüse) 449.
— Frederick Alfred (Jodgehalt, Schilddrüse) 449.
Piéchaud, F., et H. Siméon (Kleinhirnerkrankungen u. Schwindel) 548.
Pienkowski, Stefan (Encephalitis epidemica, Gangstörungen) 852.
Pieper, E. s. Seligmann, E. 785.
Pieraccini, Carlo (Psychopathische Heredität) 731.
Pieri, Gino (Sympathektomie) 289.
Piéron, Henri s. Français, Marcel 630.
Pierson, J. W. (Hirntumoren u. Ventrikulographie) 425.
Pilcz, Alexander (Ventrikelblutung) 414; (Tabes u. Paralyse) 553.
Pinéas (Zwangsgreifen u. Nachgreifen) 736.
Pines, I.-L. (Hypophysis cerebri. II.) 445.
— — — Ja. (Hypophysis cerebri. I.) 198; (Extravertebraler Tumor) 308.
Piquet, Jean (Otitische Meningitis) 403.
Pires, Waldemiro (Amyotrophia syphilitica) 871.
Pirquet, C. s. Langstein, L. 161.
Pissnjačevskij, A. (Epidemische Encephalitis) 532.
Placzek (Homosexualität) 239.
Planelles, J. (Vegetative Nerven des Herzens) 268.
Platonov, K. (Psychoneurosen) 726.
Plattner, F. s. Chiba, M. 758.
Plaut, F. (Liquor von Geisteskranken) 906; (Paralytikerliquor bei Kaninchen) 906.
— — und G. Steiner (Recurrenstherapie syphilogener Nervenkrankheiten) 116.
Plessner, H. s. Buijtendijk, F. J. J. 35.
Podolsky, Edward (Grausamkeit u. Sexualtrieb) 827.
Pötzl, O. (Cyste in Schweifkerngegend) 74; (Sensorische Aphasie) 544; (Ciliarneuralgie) 878.
— Otto (Hemiplegie Aphasiker) 420.
Pokorný, Čestmir (Periarterielle Sympathektomie) 401.
Pokorny, Franz (Hypophyse, Anatomie) 865.
Poljak, S. (Area striata) 738.
Polisar, J. M. (Hirnabsceß, Sinusthrombose u. Meningitis) 678.
Pollak, E. s. Hoff, H. 81.
— Eugen s. Hess, Leo 768.
Pollet s. Babonneix 315.
— L. s. Babonneix, L. 102, 814.
Pollitzer, Hanns, und Ernst Stolz (Gaswechselreaktionen u. Morbus Basedowii) 204.
Pollock, Horatio M. (Geisteskrankheiten in Vereinigten Staaten) 658.
— Lewis J. (Peripherische Läsionen) 799.
Pólya, Jenö (Traumatische Epilepsie) 590.
Ponirowsky, N. s. Kogan, V. 580.
Ponzo, Mario (Tastvorstellungen) 633.
Poór, Ferenc (Luesbehandlung) 457.
Popea, A. s. Obregia, A. 284.
Popescu-Inotesti, C. (Calcium-ion, vegetatives Nervensystem) 15.
Popoviciu, G. (Adrenalin) 580.
Popow, N. A. (Kleinhirn- u. Labyrintherkrankungen) 188.
— W. J. (Geschlechtshormon) 808.
Popowa, N. s. Zalkan, D. 568.
Porak, René (Nebennieren-Rindendrüse) 208; ((Nebennierenrinde. I.) 810.
Porges, O. s. Adlersberg, D. 204.
Portú Pereyra, E. (Cyclisches Erbrechen) 673.
Potter, La Forest (Ohren- u. Augenkrankheiten) 280.
Potts, W. A. (Kriminalität) 118. (Geistige Hygienearbeit in England) 349.
Poulet, R. s. Michaux, Jean 297.

Digitized by Google

Powers, Grover F. (Tetanie u. Keuchhusten) 813.
Poynder, E. G. T., and J. Russell (Geisteskrankheiten, Liquor) 655.
Pozzo, F. s. Beretervide, E. 313.
— Fernando s. Beretervide, Enrique 442.
Prada, Enrique s. Juarros, César 313.
Prades, C. David de s. Vignal, W. 96.
Práwdicz-Neminski, W. W. (Innervationsvorgänge, tierischer Organismus) 13; (Innervationsvorgänge. I.) 265.
Přecechtěl, Ant. (Anästhesie peripherer Nerven) 622.
Preioni, Carlos (Meningitis) 60.
Preißner, Felix (Nervenkranken-Abteilung im Krankenhaus Breslau) 607.
Prengowski, P. (Kniereflexe) 30.
Prichodjkova, E. (Genitalhormone) 808.
Prior, G. P. U. (Endokrines System u. Geistestörungen) 444.
Privat, J. (Pottsche Krankheit) 557.
Proca, G. G. s. Daniélopolu, D. 370, 371.
Proebster, R. (Körper u. Seele) 511.
Prokin, A. (Wirbelsäuleversteifung) 588.
— — D. (Wirbelsäule-Osteoarthropathie) 437.
Prosorov, L. (Anstaltswesen, Sowjet-Rußland) 349; (Suicidium) 656.
Prusciano, F. (Röntgenbehandlung, Morbus Basedow) 204.
Puccinelli, Enrico (Gehirnverkalkung) 611.
Puech, s. Vedel 670.
— A. Neurofibromatose) 315.
Pussep, L. (Corpus striatum- u. Encephalitis epidemica-Geschwülste) 673.

Quast, Gerhard (Tollwutschutzimpfung) 875.
Quercy, M. (Halluzinationen) 782.
Quervain, F. de (Schilddrüsenphysiologie) 572.
Quint, L. (Parkinsonismus, psychologische Profile) 671.

Raab, W. (Fettstoffwechsel) 837.
Rabinowitsch, A. (Hirntumor) 185.
— J. (Wurzelneurits) 441.
Racoveanu, Virgil s. Bratescu, Virgil 84.
Radimská-Jandová, Ludmila (Pseudobulbäres Syndrom) 539.
Radó, Sándor (Ökonomisches Prinzip der Technik. I.) 660.
Radovici, A. (Epilepsie) 708.
— — und H. Angelescu (Kraniektomie, Stauungspapille) 55.
— — et O. Sager (Hyperventilation u. Tetanie) 580.
Raecke (Fürsorgestelle, Gemüts- u. Nervenkranke) 124.
Raileanu, D. s. Nicolesco, I. 571.
Raimondi, Alejandro A. s. Ameghino, Arturo 229.
Ramadier, J. (Meningo-Neuritis) 583.
Ramsay, J. C. s. Rudolf, G. de M. 225.
Rand, G. s. Ferree, C. E. 780.
Ranschburg, Paul (Profil des Temperaments) 510.
Raphael, Theophile, Olive M. Searle and William G. Ferguson (Encephalitis, Blutzuckertoleranz) 535.
Raskina, R. s. Goldblatt, G. 711.
Ráth, Z. A. (Ergographische Untersuchungen) [Moravcsik-Gedenkbuch] 128.
Rathery, F., et Dreyfus-Sée (Lumbalpunktion) 171.
Ratner, J. (Epilepsie) 592.
— Jakob (Laterale Schneidezähne) 445.
Rausch, Zoltán (Kropf, Jodbehandlung) 451.
Ravalli, Piero (Encephalitis epidemica u. Abdominalleiden) 536.
Raviart, G., et P. Nayrac (Dementia paranoides) 468.
Rawitz, Bernhard (Großhirnrinde-Architektonik. I.) 134.
Raynaud, M., A. Lacroix, P. Boutin et Marill (Radikuläre amyotrophische Paraplegie) 558.
Rebattu et Bertoin (Colletsches Syndrom) 313.
— J. (Tabes-Labyrinthreaktionen) 553.
— — et R. Bertoin (Hinterhauptsfraktur) 800.
Rech, W. s. Hansen, K. 29.
Redlich, Emil (Carcinom u. Nervensystem) 6; (Migräne u. Epilepsie) 333.
— Fritz (Basedowsche Krankheit u. Hyperthyreosen, Jodtherapie) 697.
Reed, Elias A. (Hemihypertrophie) 323.
Rees, John R. (Psychologie des Knaben) 155.
Reese, H. H. s. Lorenz, W. F. 215.
Regnault, Félix (Seekrankheit) 430.
Rehfeldt, Charles Sixtus (Singultus) 281.
Reich, Wilhelm (Triebhafter Charakter) 380; (Hypochondrische Neurasthenie) 726.
Reiche, A. (Liquorausblasungen, Meningitis) 169, 527.
Reichel, Heinrich (Goethes Blutsverwandtschaft) 731.
Reimers, Hans (Plexus brachialis) 3.
Rein, Oskar (Irrenanstalten) 897.
Reinheimer (Geistige Erkrankungen u. Anfechtung der Ehe) 728.
Reinhold (Polyneuritis) 801.
Reininger, Karl (Soziales Verhalten, Vorpubertät) 41.
Reisch, Otto (Schluckzentrum) 751.
Reiser, Oliver L. (Behaviorismus) 159.
Reisinger, Erich (Nervensystem, Bothrioplana semperi Braun) 131.
Remlinger et J. Bailly (Herpesvirus) 749.
— P., et J. Bailly (Herpesvirus) 442; (Wut- u. Herpesvirus) 494; (Encephalitis herpetica) 749, 750.
Rendu, H. s. Thomas, André 441.
Rennick, Charles F. s. Favill, John 456.
Repaci, G. (Tuberkulöse Meningitis, Liquor) 788.
Révész, Béla (Stimmung Geisteskranker) 285.
Revesz, G. (Abstraktionsfähigkeit, Affen) 37.
Révész, Géza (Tierpsychologie) 385.
— M. (Schwererziehbare Kinder, Heilpädagogik [Moravcsik-Gedenkbuch]) 128.
Reys, L. (Multiple Sklerose) 435.
Reznikoff, Paul s. Aub, Joseph C. 216.
Ribas, Valero (Augendrehungen) 754.
Ricca, Silvio s. Parodi, Umberto 305.
Rice, J. B. s. Taylor, K. P. A. 692.
Richard, G. s. Lucien, M. 202.
Richter, Curt P. s. Wang, Ging H. 206.
— Sölve (Basedowsche Krankheit, Jodbehandlung) 806.
Riehl jr., Gustav (Dura mater-Endotheliom) 404.
Rienhoff jr., William Francis (Basedowkropf, Jodbehandlung) 318.

Digitized by Google

Riese, Walther (Stammganglien der Wale) 132; (Hypophysär-Fettsüchtige) 447; (Gehirn-Formprobleme. III.) 744.
Rieti, Héctor (Selbstmord) 656.
Rijnberk, G. van (Kleinhirn, Lokalisation) 137; (Kleinhirnfunktion) 137.
Riley, Henry Alsop s. Dana, Charles L. 346.
— — — and Charles A. Elsberg (Hirndegeneration u. Hirntumor) 545.
Rimé, G. (Tabes) 553.
Rittershaus (Zeugen, Glaubwürdigkeit) 477.
— E. (Aufmerksamkeitsschwankungen) 634.
Riva, Giovanni (Abducenslähmung) 863.
Roasenda, J. (Geschmacksprüfung) 147.
Robertson, Dorothea (Beschäftigungstherapie) 522.
Robin, Gilbert (Verfolgungswahn) 724.
— P. s. Mazel, P. 815.
Robison, S. C. s. Hjort, A. M. 321.
Robitsek, Alfred (Sexualsymbolik) 384.
Robles Gorriti, Carlos M. (Epilepsie, Gardenalbehandlung) 593.
Rodiet, A. (Entlassung Geisteskranker) 479; (Seelische Prophylaxe) 659.
Rodriguez, Jose N. (Hautsensibilität, Lepra) 87.
— Vera (Toximanien u. Hypnotismus) 824.
Römcke, Olaf (Epileptiforme Krämpfe) 649.
Römer, G. A. (Tiefenanalyse u. Persönlichkeit) 157.
Roemer, Hans (Geisteskranke, offene Fürsorge) 732.
Roemheld, L. (Nervöse Herzstörungen) 474.
Rösgen, Peter (Begriffsbildung bei Hilfsschülern) 593.
Roger s. Livet, L. 97.
Rogge, Heinrich (Psychopolitik u. Führerprobleme) 641.
Rogoff, I. M. s. Stewart, G. N. 209.
Rohmer, P., et P. Woringer (Alkalose bei Spasmophilie) 812.
Rohrer (Trigeminus-Neuralgie) 439.
Rohrschneider, Wilhelm (Hornhautsensibilität, Trichloräthylen) 263.
Rojas, Nerio, und José C. Belbey (Familiäre Psychose) 233.
Roman, Benjamin, and Chauncey M. Lapp (Zentralnervensystem, Hundestaupe) 110.
Romano, Anacleto (Geisteskrankenpflege) 898.
Root, W. T. (Psychologie des Radikalismus) 156.
Rosen, Isadore s. Fordyce, John A. 840.
Rosenblath (Schlaganfall) 414.
Rosenfeld, M. (Vegetative Neurose) 602.
Rosenhaupt (Fürsorgeerziehung) 608.
Rosenheck, Charles s. Philips, Herman B. 799.
Roseno, Alfred (Tremor) 323.
Rosenstein, L. (Toxische Berauschung) 722.
— Leo (Korsakowsche Psychose) 470.
Rosenthal, Curt (Weibliche Genitalfunktion u. psychische Störungen) 830.
Roskam, Jacques (Syringomyelie) 308.
Rosonov, W. (Traumatische Epilepsie, Chirurgie) 704.
Rossi, Gilberto (Kleinhirnverletzung) 491.
Rossiysky, D. M. (Akromegalie, Gigantismus u. Hypophysis) 570; (Achondroplasia) 864.
Rothfeld, J. (Halsmuskelkrämpfe) 107.
Rothmann, Hans (Diabetes insipidus) 200.
Rotolo, Giuseppe (Gelähmte Muskeln. V.) 18.
Roubinovitch und M. E. Debray (Schwachsinnige Kinder in Frankreich) 465.
Rouquier, A., et D. Couretas (Fußklonus) 503.
— — et H.-J. Vuillaume (Krampfhysterie oder Epilepsie) 593.
Roussy, Gustave (Thalamus opticus) 617.
Roux, Et s. Dujarric de la Rivière, R. 785.
Rowntree, Leonard G. s. Brown, George E. 784.
Rubaszev, S. (Periarterielle Sympathektomie) 520.
Rubbens s. Hollander, d' 337.
— s. Hollander, F. d' 823.
Rubenthaler s. Molin de Teyssieu 188.
Rubritius, H. (Reflektorische Anurie) 778.
Ruch, Giles Murrel (Intelligenzfaktor u. Lernkurve) 378.
Ruddere, de (Subdurales Hämatom) 527.
Rudofsky, F. s. Terplan, K. 614.
Rudolf, G. de M. (Malaria tertiana) 715.
— — — — and J. C. Ramsay (Erythrocyten u. Malaria) 225.
Ruge, Reinhold, Peter Mühlens und Max zur Verth (Tropenkrankheiten u. Hygiene) 646.
Ruhemann, Ernst (Phrenicus, Perikard u. Pleura pericardiaca) 841.
Rush, Homer P., and L. T. Jones (Kropf bei Indianern) 805.
Russell, J. s. Poynder, E. G. T. 655.
Russetzki, Joseph (Pyramidenzeichen) 501.
Russi, F. (Sklerodermie) 443.
Rutich, Jenö (Tetanie) 582.
Ruttin, Erich (Jugularisunterbindung) 281; (Sinusthrombose) 296.
Rydin, Hakan (Nicotin u. Froschherz) 27.
Ryon, Walter G. (Beschäftigungstherapie Geisteskranker) 397.

Sacabejos, H. (Paralyse, Malariainokulation) 715.
Sacerdote, G. s. Ferrero, V. 573.
Sachs, Ernest (Zentralnervensystemläsionen) 425.
— Ilse (Epilepsie u. Tetanie) 904.
— M. (Gesichtserscheinung) 286.
Sacristan, José M. (Cocain u. katatonischer Stupor) 821; (Cocain u. stuporöse Katatonikerin) 881.
Saffiotti, F. Umberto (Hornhaut, Sensibilität) 624.
Sager, O. s. Radovici, A. 580.
Sahlgren, Ernst s. Marcus, Henry 159.
Sainton, Paul (Tetanie) 210.
Sakakibara, Jinicki (Hypophyse u. Diabetes) 91.
Saleur, H. s. Claude, F. 207.
Salkind, E. (Encephalitis u. Hautreflex) 302; (Schlaf u. Encephalitis) 533.
Saller, K. (Rassen im Donaustromgebiet) 359.
Salmon, Alberto (Vegetatives System im Schlaf) 25.
Salvatore, Domenico (Endokrine Drüsen) 198.
Salzman, S. R. (Encephalitis) 68.
Samejima, Keinosuke (Dial- u. Veronalvergiftung) 144.
Sanchís Banús, José (Aphasie) 420.
Sanctis, Sante de s. Sante de Sanctis.
Sanders, L. Carl s. Warr, Otis S. 587.

Digitized by Google

Sandiford, Irene s. Boothby, Walter M. 204.
— Kathleen s. Boothby, Walter M. 204.
Sante de Sanctis (Suggestion u. Psychologie) 44; (Geistige Arbeit) 772.
Santenoix, D. s. Garrelon, L. 261.
Sapiro, M. (Hemiplegie) 538.
Šaravskij, S. (Nervensyphilis, Malariabehandlung) 587.
— — s. Manjkovskij, B. 529.
Sarbó, Artúr (Cisternenpunktion) 386.
Sargnon, A., et Mayoux (Hirnnervenlähmung) 86.
Sarles, Roger s. Savignac, Roger 760.
Sartorelli, Emilio (Helminthiasis) 413.
Sarwey, O. (Fruchtabtreibungsseuche. I.) 728.
Satanowsky, Paulina (Hysterischer Blepharospasmus) 887.
Sauer, Walter (Multiple Sklerose, Silbersalvarsanbehandlung) 687.
Saunders, Margaret J. (Geisteskrankheiten u. Beschäftigungstherapie) 523.
Savignac, Roger, et Roger Sarles (Colitis) 760.
Savini, E., et S. Ackermann (Basedow, Diathermie) 806.
Sayers, Royd Ray, William P. Yant and W. J. McConnell (Kohlenoxydvergiftung) 874.
Scal, J. Coleman (Radiumbehandlung, Struma) 452.
Scarpini, Vincenzo, e Giulio C. Befani (Malariabehandlung, Paralyse) 114.
Schacherl, Max (Multiple Sklerose) 192.
Schaefer, Rudolf (Liquor, cerebrospinalis, Goldsol- u. „Aurolumbal"-Reaktion) 172.
Schäffer, H., und H. Licht (Acethylcholincontractur, Kaltblütermuskel) 756; (Heidenhainsches Zungenphänomen) 756.
Schaltenbrand, Georg (Fasciculus longitudinalis medianus) 739.
Scharápov, B. (Syringomyelie, Röntgenbehandlung) 308.
Schčerbak, A. (Progressive Muskeldystrophie) 559.
Scheer, W. M. van der (Behandlungsmethoden in Anstalt) 659.
Scheimann, Alexander (Nervus recurrens, Lähmungen) 195.
Scheipner, G. (Diathermie, Dysbasia angiosclerotica) 197.
Schenk, Fritz (Zahncaries u. Nervenkrankheiten) 648.
Scherber, G., und O. Albrecht (Syphilitische Erkrankungen des Zentralnervensystems) 587.
Schereschewsky, N. (Eunuchoide Dystrophia adiposogenitalis) 570.
Schewalev, E. (Psychische Kapazität) 770.
Schiessl, M. (Wirbelkörper, Kompressionsbrüche) 705.
Schiff, P. s. Antheaume, A. 46.
— — s. Lhermitte, J. 616.
— — s. Marchand, L. 676.
Schilder, Paul (Schlafmittelhypnose) 59.
— — s. Hartmann, Heinz 107, 713.
— — s. Hoff, Hans 232.
— — s. Kauders, Otto 286.
Schilf, E. (Magen u. Darm) 269.
— Erich (Autonome Nerven) 759.
Schill, Imre (Polymyositis) 559.
Schimmack (Jugendliche Zeugen) 477.
Schindler, Walter (Sadomasochismus) 234; (Anal- u. Urinsexualität) 515.
Schittenhelm, A. (Blutkrankheiten [Handbuch]) 161.
— — s. Langstein, L. 161.
Schläger, Georg (Kinderspielforschung. III.) 44.
Schlesinger, Eugen (Kinder-Wachstum) 478.
— Hermann (Syphilis u. innere Medizin. I.) 324; (Hydrops articulorum intermittens) 563.
Schloffer, H. (Kleinhirnhemisphäre) 618.
Schlossmann, A. s. Gottstein, A. 123.
Schmalhausen, Samuel D. (Psychanalytische Studien) 641.
Schmidt, K. (Somnifendauernarkose, Schizophrenie) 339.
— Karl (Genickstarre, Serumbehandlung) 786.
— L. (Hypnose [Moravcsik-Gedenkbuch]) 128.
— Ludwig, Ludwig Schneider und Hermann Zwilling (Typhusepidemie) 126.
— Rudolf (Lippen-Schleckphänomen) 729; (Asthma) 777.
Schmiegelow, E. (Aseptische Meningitiden) 524.
Schmitz, Hans (Opiumbehandlung Geisteskranker) 286; (Pathologische Faszination) 601.
Schmorl, G. (Pathologisch-histologische Untersuchungsmethoden) 11.
Schneersohn, F. (Katastrophen u. Kindesseele) 775.
Schneider, Adolf (Körperbau, Psychopathen) 599.
— Carl (Psychopathologische Analyse organischerSyndrome) 642.
— Kurt (Schizophrenie) 338.
— Ludwig s. Schmidt, Ludwig 126.
Schneller, Fritz (Dünndarmbewegungen) 28.
— Julius (Luminal) 840.
Schnitter und F. Paris (Blutkörperchen u. Bleivergiftung) 104.
Schnizer, v. (Psychopathie, Basedow, Dienstbeschädigung) 600.
Schnyder, Walter s. Urech, Eugène 402.
Schoen, s. Chalier, J. 526.
— Max (Musikalisches Gefühl) 153.
Schönbauer, L. (Chirurgie, Hirntumoren) 425; (Gehirntumoren) 545.
— — und L. R. Whitaker (Vegetatives Nervensystem u. Wundheilung) 260.
Scholz, W. (Diffuse Hirnsklerose) 456.
Schreiner, Karl (Zentralnervensystem bei Pemphigus) 6.
Schridde, Herm. (Elektrischer Stromtod) 707.
Schriever, Hans (Schmerzempfindlichkeit, Mundhöhle) 17.
— — und Hubert Strughold (Nasen- u. Rachenschleimhaut) 624.
— — s. Wöhlisch, Edgar 629.
Schroeder, Alejandro (Periphere Nerven) 4.
Schröder, Christoph (Psychische Grenzwissenschaften) 644.
Schroetter, Hermann v. (Höhenklima u. Gasaustausch in Geweben) 844.
Schtscherbakoff, G. A. s. Mislawsky, N. A. 266.
Schükri, Ahmed (Progressive Paralyse in Türkei) 818.
Schükry, Ichsan (Spatzsche Methode, Paralyse) 223; (Gehirnuntersuchungen in Kleinasien) 228.
— — und Hugo Spatz (Lyssa u. Encephalitis) 105.
Schüller, Arthur s. Goldhammer, Karl 133.
Schuhmacher, W. (Hilfsschule) 223.
Schulte, Rob. Werner (Psychologie u. Medizin) 32; (Elektrodiagnose seelischer Eigenschaften) 151.

Digitized by Google

Schultz, J. H. (Psychiatrie, Psychotherapie u. Seelsorge 293; (Homosexualität) 601.
— I. H. (Psycho-Therapie) 846.
Schultze, Friedrich (Hauthyperalgesie) 801.
Schulze (Paralyse, Malariabehandlung) 820.
— P. (Markhaltige Nerven, elektrische Durchströmung) 497.
Schulze-Gocht, Hans (Hohlfußbehandlung) 784.
Schumacher, F. L. s. Heard, James D. 571.
Schumkov, M. G. s. Bechterew, W. M. 461.
Schuster u. Taterka (Sensorische Aphasie) 351.
— J. (Dementia praecox [Moravcsik-Gedenkbuch]) 128.
— Julius (Ventriculographie) 54.
Schuurmans Stekhoven, J. H. (Sozial-psychiatrische Chronik. VII.) 732.
Schwabe (Irrenfürsorge-Gesetzgebung) 896.
Schwartz, A., et A. Oschmann (Muskelkreatin) 756.
— Ph. (Verfettungen im Zentralnervensystem) 834.
— — und Lotte Fink (Geburtstraumatische Gehirn- u. Schädelblutungen) 589.
— — und K. Goldstein (Embolische Striatumapoplexie) 539.
Schwarz, Ernst (Intellektuelle Phantasie) 635.
— Fritz (Methylchloridvergiftungen) 873.
— Hanns (Katatonie) 226.
Schwerdtner, Hugo (Psychotherapie) 887.
Scimone, Vittorio (Infantilismus) 868.
Scripture, May Kirk, and John A. Glassburg (Sprachstörungen) 856.
Searle, Olive M. s. Raphael, Theophile 535.
Sebek, J. (Kolloide Benzoe-Reaktion) 63.
— Jan (Makrobasie) 670.
Seelig, M. G. (Angina pectoris) 521.
Seeling, Otto (Suggestion u. Heilpädagogik) 382.
Seidler, Eduard (Muskeltonus) 628.
— Erich (Hysterische Sehstörung) 237.
Seletzki, W. W. (Mendel-Bechterewscher Reflex) 30.
Seligmann, E., und E. Pieper (Cerebrospinalmeningitis in Preußen) 785.
Sendrail s. Cestan 63.
— Marcel s. Cestan, R. 570.
Seng, Herbert (Religiöse Heilungen) 773.
Seo, T. s. Wohlgemuth, J. 768.
Sepich, Marcelino J. s. Alurralde, Mariano 75.
Sercer, Ante (Facialis-Hypoglossus-Anastomose) 87.
Serejski, Mark, und J. P. Frumkin (Psychosen bei Lepra) 883.
Sergent, Emile (Myxödem fruste) 205.
Seulberger, P. (Myxödem nach Basedow) 807.
Ševaleva, E. (Kollektive Reflexologie) 637.
Sézary et Barbé (Paralyse, Chemotherapie) 715.
— A. (Nervensyphilis) 104; (Syphilis u. Neurolues) 582.
Sgrosso, S. (Erbsche Krankheit) 684.
Shaffer, Loren W. s. Stokes, John H. 438.
Shand, Alexander F. (Sexualität. III.) 640.
Shapiro, Shepard, and Mark G. Kliatshco (Hypophysäre Fettdystrophie) 570.
Sharpe, William (Nervenchirurgie) 399.
— — and A. S. Maclaire (Intrakraniale Hämorrhagien) 816.
Shepardson, H. C. s. Lisser, H. 454.
Shephard, John Hunt (Basedowkropf) 203.
Shimidzu, Kenmatsu (Muskel, Reizstoffbildung) 627.
Shimoda, M. s. Kuré, S. 716.
Shinosaki, Tetsushiro (Periodische Extremitätenlähmung) 869.
Shults, Gertrude M. s. Kubie, Lawrence S. 298.
Shuman, John W. (Tumor des 4. Ventrikels) 859.
Shuster, Benjamin H. (Eitrige Mittelohrentzündung) 678.
Sicard (Gesichtsneuralgie u. Sympathicusschmerzen) 688.
— Haguenau et Lichtwitz (Trypaflavin u. Decubitus) 394; (Chordotomie) 400.
Sicco, Antonio, und Nicolás Leone Bloise (Paralyse) 223.
Siefanesco, M. (Dercumsches Syndrom) 813.
Siegheim, Friedrich (Hyperventilationsphänomene) 735.
Siegmeister, Wm. (Schläfenlappenabsceß u. Mastoiditis) 678.
Siemens, H. W., und G. Cohen (Arthropathia tabica acuta inflammatoria) 687.
Sierra, Adolfo M. (Paralyse) 113.
Silberer, Herbert (Schwangerschaftsphantasie) 46.
Silberstein, Fritz s. Hoff, Hans 597, 821.
— James (Hypnodonal) 287.
— S. (Paralytische Deformitäten) 435.
Siméon, H. s. Piéchaud, F. 548.
Šimerka, Čeněk s. Haškovec, Lad. 605.
Simionescu, Ion I. (Lumbalanästhesie) 64.
Simochowicz, T. s. Bregman, L. E. 679.
Simon, Clément (Erbsyphilis) 326.
— M. s. Metzger, E. L. 34.
Simonelli, G. s. Giorgio, A. di 746.
Simson, T. (Hemiaplasie) 362; (Hydrocephaliker, Psychologie) 661.
Sindoni, M. B., e M. Misasi (Heine-Medinsche Krankheit) 434.
Singer, Richard (Cheyne-Stokesscher Symptomenkomplex) 762.
Sinowjev, P. (Neuro-psychiatrische Ambulatorien) 607.
Sital Chandra Dutt (Wassermann- u. Sachs-Georgi-Reaktion) 663.
Sittig, Otto (Rückenmarkstumoren) 84.
Skalweit, W. (Impfmalaria, Lues cerebri u. Paralyse) 225.
Skramlik, Emil von (Physiologie der niederen Sinne [Handbuch]) 623.
Skubiszewski, Félix (Wochenbett-Polyneuritis) 87.
Slawson, John (Kriminelle Knaben) 120.
Slight, David (Halbschlaf) 159.
Slonimskaja, W. (Antityphöse Vaccination) 703; (Syphilitische Meningitis) 871.
Slosse, Jean s. Boothby, Walter M. 204.
Smedt, P. de s. Hollander, F. d' 258.
Smid, Margaretha C. M. s. Lange, Cornelia de 404.
Smirnov, L. (Dystrophia adiposo-genitalis) 447.
— P. (Harnblase u. Mastdarm) 767.
Smith, G. Elliot (Rechts- u. Linkshändigkeit) 385.
— Jens Chr. (Spinalflüssigkeit, Hirntumor) 73.

Digitized by Google

Smith, Jens Christian (Gehirntumor, Pleocytosis spinalis u. Liquor) 858.
— M. Hamblin (Psychopathische Persönlichkeiten) 599.
— N. R. (Sterilisation u. Epilepsie) 333.
— S. Mac Cuen (Otitischer Hirnabsceß) 678.
Smitt, W. G. Sillevis, und S. T. Bok (Röntgenuntersuchung, Rückenmark) 83.
Snapper, J. (Echinokokkuskrankheit) 281.
Snavely, Marion E. s. Burr, H. S. 840.
Snell (Trinker-Fürsorgegesetz) 825.
— Albert M. (Tetanie) 812.
Snessarev, P. (Gliafärbung) 744.
Snoo, K. de (Pseudohermaphroditismus masculinus) 579.
Sobhy Bey, M. (Opticusneuritis) 779.
Sokolowski, M., und J. Irger (Hydrocephalus internus) 663.
Solcard (Lumbalwirbel) 330.
Solomon, Harry C. s. Ayer, James B. 296.
Solotuchin, A. (Achondroplasie) 321.
Sombor, J. A. (Gang, Psychodiagnose [Moravcsik-Gedenkbuch]) 128.
Sommer (Schreckneurose) 706.
— Ignaz (Hemianopsie, Gehirntumor) 73; (Sinnesorgane, Syphilis) 325.
— R. (Reiz-Bewegungssysteme) 631.
— Robert (Erfinderwesen) 33.
Somogyi, S. (Psychische Epidemien [Moravcsik-Gedenkbuch]) 128.
Sorrel, Etienne, et Georges Mauric (Pottsche Erkrankung) 557.
Sosman, Merrill C. (Carotis interna-Aneurysmen) 859.
Sotti, Guido (Hypophyse) 91.
Soyka, Ludwig (Otogener Kleinhirnabsceß) 681.
Spadaro, Raimondo (Bulbus olfactorius) 353.
Spadolini, Igino (Parathyreoprives Syndrom) 811.
Spatz, Hugo s. Schükri, Ichsan 105.
Specht, Fritz (Physiologie des Hörens) 15.
— Richard (Spinalparalyse) 190.
Speidel, C. C. (Hyperthyreoidismus. I.) 95.
Speranskaja-Stepanowa, E. N. (Hautdrüsen u. Grenzstrangfasern) 266.
Spick, Albert, et Roger Villière (Kehlkopflähmung) 800.
Spiegel, E. A., und W. J. Bernis (Vegetatives Nervensystem. IX.) 267.
— — — und Th. D. Démétriades (Labyrinthverlust) 16.
Spielmeyer, W. (Entmarkungsherde, Sklerose u. Paralyse) 191; (Elektive Gehirnveränderungen) 609.
Spillmann, L. s. Thibierge 561.
Spitzer, Alexander (Ohrlabyrinth-Bogengänge) 621.
Spranger, Eduard (Pubertätsalter) 381.
Špringlová, Marie (Juvenile progressive Paralyse) 597.
Spuffard-Morgan, Barbara (Schwachsinn in Vereinigten Staaten) 334.
Ssapir, I. (Kleinhirn-Carcinom) 549.
Sselezkij, (Hemialgien u. Hemimyalgien) 281.
— W. (Epikonus-Läsion) 556.
Ssemaško, N. (Soziale Neurologie u. Psychiatrie) 606.
Ssereiskij, M. (Endokrinologie u. Psychiatrie) 654.
Ssobolewskaja, R. s. Mosgowoi, P. 225.
Ssolowjev, B. (Epidemische Encephalitis) 618.
Ssucharewa, G. E. (Schizoide Psychopathien) 599.
— — — und S. W. Ossipowa (Begabung u. Konstitution) 830.
Stadnizkij, N. (Syphilis, Schädelknochen) 326.
Stadtmüller, Franz (Sinnesknospen am Hyobranchialapparat) 360.
Staehelin, R. s. Bergmann, G. v. 48.
Standenath, F. s. Pfeiffer, H. 331, 819.
Stanojević, L. (Assoziationen der Paralytiker) 113.
— Laza (Intelligenzprüfungsmethode) 378; (Geisteskranke, gastrointestinale Erkrankungen) 655.
Stanquitz Cambilargiu, Maria (Commissurenwege im Gehirn u. Alkohol) 839.
Starker, W. (Symptom von Léri) 631.
Stecher, Leo s. Szenes, Alfred 142.
Stedefeder, K. (Gehirnentzündung bei Rindern) 110.
Steel, John P. s. Nicole, J. Ernest 714, 820.
Stein, Conrad s. Bauer, Julius 681.
Stein, H. (Wahrnehmung geführter Bewegungen) 625.
Steinach, E., H. Heinlein und B. P. Wiesner (Geschlechtsmerkmale) 206.
Steiner, G. (Paralyse) 335.
— — s. Plaut, F. 116.
— Maxim. (Männliche Potenz) 827.
Stekel, Wilhelm (Incestkomplex) 384; (Übertragung, Verdrängung u. Annullierung) 515.
Stella, Pietro (Abducens-Hemiplegie, Encephalitis) 66.
Stelzner, Helene-Friderike (Inzest) 891.
Sterling, Władysław (Spiegelschrift) 222; (Krampfzustände, Encephalitis) 411; (Schilddrüse beim Kind) 450.
Stermich, Silvio de s. De Stermich, Silvio.
Stern, Erich (Psyche Lungenkranker) 43.
— F., und A. Grote (Konstitutionsfrage, Encephalitis) 65.
— William (Begabungsprüfung) 380; (Sittlichkeitsvergehen an Kindern) 828.
Sterting, Władysław (Spiegelschrift) 53.
— — s. Arkin, Wiktor 77.
Stertz, G. (Encephalitis u. Katatonie) 67; (Picksche Atrophie) 883.
Steurer, O. (Neurofibromatosis u. Hörstörungen) 860.
Stewart, G. N., and J. M. Rogoff (Nebenniereninsuffizienz) 209.
— J. Edgar (Nerv-Muskel-Präparate, Transplantation) 626.
— Matthew J., and Joseph Edouard Morin (Chordom) 557.
— William H. (Schädelbrüche u. Röntgenologie) 816.
Stiefler, G. (Narkolepsie) 534; (Dämmerzustände) 879.
— Georg (Zwangsgreifen bei Stirnhirnbalkentumor) 676.
Stier (Starkstromverletzung, Beinlähmung) 733.
— Ewald (Unfallneurosen) 219; (Dienstunfähigkeit) 707.
Stockmeyer, Karl M. (Spina bifida) 193.
Stoel, G. (Kaninchenmuskeln, Blutversorgung) 626.
Stoker, H. G. (Gewissen) 508.
Stokes, John H., and Loren W. Shaffer (Tabes) 438.
Stolkind, E. (Akromegalie, Röntgenbehandlung) 695.
Stolz, Ernst s. Pollitzer, Hanns 204.
Stookey, Byron, H. R. Merwarth and A. M. Frantz (Liquor, Rückenmarkstumoren) 311.

Digitized by Google

Storch, Alfred (Schizophrenie) 717.
Storm van Leeuwen, W. (Allergische Krankheiten) 564.
Stovin, Joseph S. (Nebenschilddrüsen, Radiumbehandlung) 452.
Stowe, W. P. (Liquorzuckergehalt) 530.
Sträussler, E. (Ischias) 439.
Stransky, Erwin (Psychosen) 59.
Strasburger, Marja (Berufswahl u. zurückgebliebene Jugend) 465.
Strauss, A. s. Kino, F. 688.
Strecker, E. A. s. Taft, A. E. 183.
— Edward A., and Franklin G. Ebaugh (Wochenbett-Psychosen) 823.
— H. (Cerebrales Fieber) 300.
Stricker, P. s. Stulz, E. 329.
Stroh, Hans (Mekrencephalie) 259.
Strümpell, Adolf (Pathologie u. Therapie innerer Krankheiten [Lehrbuch]) 645.
Strughold, H., und M. Karbe (Vitale Färbung des Auges. IV.) 147.
— Hubert (Kältesinn in Mundhöhle. V.) 148.
— — s. Schriever, Hans 624.
Struthers, John W. s. Alexander, W. Alister 863.
Stuart jr., Daniel D. V. (Nebenhöhlen-Affektionen) 163.
Stuchlík, Jar. (Hirnlues) 456.
Stulz, E., et P. Stricker (Liquor nach Trauma) 329.
Sturgis, Cyrus C., and James A. Greene (Nahrungsschwankungen bei Basedow) 451.
— — — and Walter B. Whiting (Myxödem) 577.
Stuurman, F. J. (Geisteskranke, präpsychotischer Charakter) 653.
Sudeck, P. (Schilddrüsenexstirpation) 319.
Sümegi, Stefan, und Stefan Liebmann (Vegetatives Nervensystem) 267.
Sundelin, Fredrik (Basedowsche Krankheit, Jodbehandlung) 96, 452.
Švikul, D. s. Lipschütz, A. 578.
Syllaba, Lad. (Lyssa) 327.
Szántó, Josef (Hypophysentumoren) 568
Szathmáry, Sebestyén (Herpes zoster u. Ganglion Gasseri) 442.
Szecsödy-Wehofer, E. (Blutdruck Geistes- u. Nervenkranker) [Mozavcsik-Gedenkbuch] 128.
Szemző, György (Schmerz) 386.
Szenes, Alfred, und Leo Stecher (Grundumsatz, Röntgen- u. Diathermie) 142.
Szily, A. v. (Auge, idiotypische Spaltbildungen) 614.
Szondi, Lipot (Wachstumsstörungen u. innere Sekretion) 565.
Szuman, Stefan (Schematische Zeichnungen u. Schwachsinn) 222.

Tacoone, G. (Liquorreaktion) 665.
Taft, A. E., and E. A. Strecker (Kopftrauma) 183.
Takagi, Jungoro (Nucleus vestibularis triangularis. II.) 354.
Takahashi, Yoshio (Muskelwirkung, Xanthinderivate) 368.
Takaki, J. s. Kraus, R. 408.
Tannenbaum, Samuel A. (Zwangsneurose) 46.
Tanturri, Vincenzo (Nervus acusticus, Hühner) 485.
Tarassevič, I. (Encephalitis epidemica in Moskau) 532.
Targowla, R. s. Claude, H. 655.
Taterka s. Schuster 351.
Tatum, A. L. s. Collins, K. H. 620.
Tauber, Kurt (Hypophysenhinterlappenpräparate) 694.
Taylor, Grace A. s. Gates, Arthur I. 376.
— K. P. A., and J. B. Rice (Nervus ischiadicus-Injektion) 692.
Teleky, L. (Berufskrankheiten) 163.
— — s. Gottstein, A. 123.
Tendeloo, N. Ph. (Pathologie) 5.
Tendick, F. H. s. Hjort, A. M. 321.
Terman, Lewis M. (Begabung) 154.
Termeer, G. (Ovarialgeschwülste u. Pubertas praecox) 868.
Terni, Tullio (Ganglion thoracicum) 2.
Terplan, K. (Sympathische Ganglien) 612.
— — und F. Rudofsky (Nasen- u. Mundhöhlen-Tumoren) 614.
Terris, E. s. Carnot, P. 78.
Teruyama, Noboru (Hypophyse) 567.
Thacher, Catharine, and Paul D. White (Myxödem) 577.
Thévenard s. Lechelle 74.
— A. s. Foix, Ch. 368.
— — s. Guillain, Georges 700.
Thibierge, L. Spillmann et Weissenbach (Sklerodermie) 561.
Thies, O. (Neuritis retrobulbaris) 52.
Thomas, André, et H. Rendu (Facialislähmung u. Polyneuritis) 441.
Thompson, Chester Q., J. Jay Keegan and A. D. Dunn (Diabetes insipidus) 199.
Thomsen, Hugo (Encephalitis lethargica) 669.
— Oluf (Meningokokkeninfektion) 402.
Thomson, A. G. W. (Beschäftigungstherapie) 522.
Thorek, Max (Nervus thoracicus, Kompressionslähmung) 864.
Thouless, Robert H. (Psychogalvanische Versuche) 507.
Thurzó, Jenö (Bikolorierte Mastixreaktion) 406.
— — s. Fischer, H. 707.
Ticozzi, Ercole (Schädelhydrocele) 876.
Tiegs, O. W. (Nervennetze in Muskulatur) 742; (Kreatin bei Muskelkontraktion) 756.
Tiffany, William J. (Beschäftigungstherapie Geisteskranker) 348.
Tigerstedt, Carl (Blutdruck u. Erregung) 770.
Tiitso, M. s. Lipschütz, A. 578.
Tilney, Frederick s. Dana, Charles L. 346.
Timerding, H. E. (Ledige Frau) 638.
Timm, Carl (Künstlicher Abort) 887.
Timme, Walter, s. Dana, Charles L. 346.
Timmer, A. P. (Senile Plaques) 228; (Hirnhäute, Lipombildung) 676.
Tkatschew, R. s. Gurewitsch, M. 302.
Tobey jr., George L., and James B. Ayer (Liquor, Sinusthrombose) 295.
Tobias, E. s. Berliner, B. 844.
Török, L., E. Lehner und F. Urbán (Haut-Reaktion) 13.
— Lajos (Hautcyanose) 562.
Tokarski, Karol (Hautgangrän am Arme) 196.
Tokura, Raisuke (Anuren, Hörbläschen u. Ganglion) 486; (Ganglion cervicale superius) 741.
Tolman, Edward Chace (Zielgerichtetheit u. Lernen der Tiere) 161.
Tomb, J. W. (Sprachverständnis der Kinder) 155.
Toni, Giovanni de s. De Toni, Giovanni.
Toporkov, N. (Genuine Epilepsie) 463.

Digitized by Google

Toulouse, Ed., et L. Marchand (Puerperium u. Epilepsie) 708.
Touraine s. Babonneix 315.
Tournade, A. (Nebennieren) 97; (Blutdruck) 268.
— — et M. Chabrol (Adrenalinsekretion u. Halsvagus) 811.
— — M. Chabrol et P.-E. Wagner (Adrenalinausscheidung) 579.
Towne, E. B. (Hirntumoren, Röntgenbehandlung) 75; (Hypophysengeschwülste, Röntgenbehandlung) 695.
Trabaud, J.-P.-R. (Beri-Beri-Krankheit) 327.
Traikin et Burill (Herpes zoster, Ultraviolettstrahlenbehandlung) 195.
Trapet (Beschäftigungstherapie) 659.
Traum, Egbert (Dura mater cerebri) 133.
Travis, Lee Edward (Schizophrenie u. Psychopathie) 227.
Trémolières, F., Henri Olivier, Huguenin et Héraux (Osteomalacie) 212.
Trénel et Montassus (Seitenventrikel-Perforation) 330.
Trenti, Enrico (Wassermannsche Reaktion) 296.
Trepel (Muskelzuckungen bei Kuh) 111.
Triantaphyllos, D. (Fibrilläre Zuckungen) 54.
Tripi, Gabriele (Athetose) 417.
Trömmer (Schlaf u. Encephalitis) 175.
Trömner (Endokrine Störung) 453; (Paralysis agitans juvenilis) 791.
— Ernst (Hirnluftfüllung) 282; (Selbstverstümmelung u. Selbstbeschädigung) 657.
Troizkaja, A. (Gehirn-Furchen) 482.
Tronconi, Sandro (Poliomyelitis u. Masern) 794.
Trotter, Wilfred (Kopfverletzungen) 460.
Truitt, Ralph P. (Soziale Fürsorge u. Psychiatrie) 124.
Trutnev, W. (Otogener Hirnabsceß) 678.
Tschalissow, M. s. Brailovsky, V. 284.
Tschernyscheff, A. (Kleinhirn, Hirnaffektionen) 11; (Oliven, Brücke u. Kleinhirn) 485.
Tschirkin, Nikolas s. Turner, Henry 193.
Tschlenow, L. (Reflexe) 272.
Tsubura, Shiro (Glatte Muskeln. III.) 495.
Tsuji, Morimassa s. Kuré, Ken 522.
Tsukamoto, Eishichiro (Sauerstoffzehrung des Blutes. I.)201.
Tullio, B. di (Erregbarkeit jugendlicher Krimineller) 120; (Kriminalität u. Dementia praecox) 881.
— Benigno di (Geschlechtspathologie in Gefängnissen) 341.
Turbin, W. (Nervenanastomosen der Schultergegend) 361.
Turner, Henry, und Nikolas Tschirkin (Spondylolisthesis) 193.
Turpin s. Lesné 455.
— R. (Hyperventilationstetanie) 101.
— — s. Lesné, E. 210.
Tuttle, W. W. (Skelettmuskeltonus) 149.
— — — s. Burtt, H. E. 272.
Tychowski, W. Z. s. Bazett, H. C. 14.
Tyczka, W. (Myoklonische Asynergie) 185.

Uarov, S. (Ionentherapie, Facialislähmung) 440.
Uchida, S. (Nervensystem, Kohlenhydratstoffwechsel III.) 494.
Uchiyama, Tai (Encephalitis epidemica in Japan) 667.
Ullmann, Hans s. Leschke, Erich 444.
— K. (Na-Thiosulfat bei Salvarsanschädigungen) 459.
Undelt, J. (Fossa pterygo-palatina-Tumoren) 863.
Undritz, W. (Sinusthrombose) 364.
Ungar, E. (Zurechnungsfähigkeit) 343.
Urbán, F. s. Török, L. 13.
Urbantschitsch, Ernst (Atypische Zeigereaktion) 552.
— Rudolf (Psychanalytische Kuren) 660.
Urech, Eugène, et Walter Schnyder (Meningitis cerebrospinalis) 402.
Urechia, C. I., et N. Elekes (Kolloiddegeneration des Gehirns) 7; (Tuberkulöse Encephalitis) 68; (Milzbrandencephalitis) 409; (Encephalitischer Parkinsonismus) 671.
— — — et S. Mihalescu (Trismus nach Trauma) 330.
Utitz, Emil (Charakterologie) 277.

Vagedes, W. (Medinal) 516.
Valence s. Laignel-Lavastine 855.
Valk, J. W. van der (Cutis verticis gyrata) 315.
Vallery-Radot, Pasteur (Migräne) 312.
Valtancoli, G. (Juvenile Osteochondritis der Wirbelsäule) 798.
Vána, Antonín (Hydrocephalus internus congenitus) 663.
Vas, Jenö (Idiotia mongoliana) 712.
Veach, Harry O. (Innervation glatter Muskeln. III.) 763.
— — — and Jayme R. Pereira (Innervation glatter Muskeln. II.) 266; (Glatte Muskulatur) 366.
Vedel, Puech et Vidal (Postencephalitische Tics u. Synkinesien) 670.
Veil, W. H. (Diabetes insipidus) 571.
Veillet (Epidemische Encephalitis, hyperkinetischer Typ) 668.
Veits, Cornelius (Ohr-Lidschlagreflex) 768.
Velluda, C. s. Papilian, V. 759.
— Const. C. (Solitärtuberkel im Wurm) 76.
Ventra, Carmelo (Inotasl) 393; (Traumatische Neurose) 591; (Kehlkopf u. Trachea, Anästhesie) 657.
Veraguth, Otto (Tumor, Lipiodolbild) 84.
Verga, P. (Dura mater spinalis-Cyste) 79.
Verlaine, L. (Tierpsychologie) 385.
Vermeylen, G. (Encephalitische psychische Störungen) 536; (Angstzustände) 603.
Verschuer, O. v. (Körperbau u. Rasse) 477.
Versteegh, C. s. Kleijn, A. de 793.
Verstraeten, Paul s. Duchateau 338.
Vertés, L. (Morphinismus [Moravcsik-Gedenkbuch]) 128.
Verth, Max zur s. Ruge, Reinhold 646.
Vervaeck (Geisteskranke u. Psychopathen, Fürsorge) 733.
— L. (Geisteskranke u. Abnorme, Fürsorgeorganisation) 125.
Vesnjakov, S. s. Lipschütz, A. 578.
Vialard et Darléguy (Meningokokkenepidemie) 525.
Vidal s. Vodel 670.
Vidoni, G., e I. Gobbi (Hilfsschulen in Genua) 594.
— — s. Kobylinsky, M. 240.
— Giuseppe (Geistige Hygiene u. Prophylaxe) 606; (Verbrecher, morphologische Erforschung) 888.
Viela, A. s. Ducuing, J. 689.
Viernstein, Theodor (Kriminalbiologischer Dienst) 476.
Viets, Henry R. (Neurosyphilis) 213.

Digitized by Google

Vigh, Ágoston (Injektionsbehandlung, Ischias) 86.
Vignal, W., et C. David de Prades (Basedow, Radiotherapie, Elektrotherapie) 96.
Vignes, Henri (Nebenschilddrüsen) 209; (Ovarium u. Ovariumtherapie) 698.
Vilardell, J.-M. (Periarterielle Sympathicektomie) 521.
Vilató, J. (Eklampsie u. Epilepsie) 462.
Villa, Luigi (Endokrine Drüsen) 694.
Villard, H. (Retrobulbäre Neuritis) 779.
Villaverde, José Maria (Luminalvergiftung) 872.
Villière, Roger s. Spick, Albert 800.
Villinger, Werner (Onanie) 341, 601.
Vincent, Cl., et de Martel (Wirbelsäulenfrakturen, Laminektomie) 705.
Violle, P.-L. s. Labbé, Marcel 89.
Visser, J. J., und G. P. Frets (AlzheimerscheKrankheit) 822.
Vivaldo, Juan Carlos (Mikrocephalische Idiotie) 222; (Geisteskrankheiten) 396.
— — — s. Zinny, Mario 701.
Vogel, Paul (Chronaxie am Nervmuskelpräparat) 497.
Vogt, Cécile (Topistisch-pathoarchitektonische Forschung in Psychiatrie) 652.
— — und Oskar Vogt (Striatum, Status marmoratus) 790.
— E. (Psyche u. Röntgentherapie) 58; (Liquor cerebrospinalis. I.) 527.
— Oskar (Großhirnrinde) 610; (Psychiatrische Krankheitseinheiten) 832.
— — s. Vogt, Cécile 790.
— Ragnar (Norwegen, Irrenwesen, Irrenrecht) 898.
— — s. Harbitz, Francis 232.
Volland (Traumatische Gliomentstehung) 10; (Epilepsie, motorische Phänomene) 111; (Epilepsie) 462.
Vollmer, Hermann (Stoffwechsel u. Epilepsie) 220.
Vom Hofe, K. (Augenbewegungen) 15.
Vondráček, Vladimír (Fetischismus) 343; (Pharmakotherapie, genuine Epilepsie) 464.
Voss, H. E. V. s. Lipschütz, Alexander 578.
Vujić, Vladimir (Konvergenzzittern) 77.
Vuillaume, H.-J. s. Rouquier, A. 593.
Wachholder, Kurt (Willkürliche Bewegungen. I.) 22; (III.) 24.
— — und Hans Altenburger (Willkürliche Bewegungen. II.) 23; (IV.) 25.
Waele, H. de (Chronaxie, Herzmuskel) 148.
Waetzoldt (Geistig Minderwertige) 480.
Wagner, P.-E. s. Tournade, A. 579.
— R. (Antagonisten bei Willkürbewegung. I.) 629; (II.) 630.
Wagner v. Jauregg (Malaria- u. Recurrensbehandlung, Paralyse) 114.
Wagner-Jauregg (Hypnotismus, Metapsychologie, Parapsychologie) 280.
— · — J. (Kropfprophylaxe) 201.
Wahl, L. (Seelische Prophylaxe) 398.
Wakefield, Howard s. Hassin, George R. 434.
Waldmann, Iván (Salvarsan, Sehnervenatrophie) 82.
Waldorp, Carlos P. (Kleinhirnwurm-Tumoren) 185.
Walter, Fr. K. (Meningen-Permeabilität. III.) 299.
Wang, Ging H., Curt P. Richter and Alan F. Guttmacher (Kastrierte männliche Ratten) 206.
Warr, Otis S., and L. Carl Sanders (Syphilis) 587.
Warstadt, Arno (Malariabehandlung, Paralyse) 113.
Wartenberg, R. (Encephalographie) 390.
Wassiliev, J. (Korrekturmethode bei Epileptikern) 879.
Watson-Williams, Patrick (Neuritis optica) 51.
Waud, R. A. s. Miller, Frederick R. 493.
Wawrzynowski, Michael (Polen, Spezialschulwesen) 899.
Weber, József (Ischias epidemica) 690.
— Klement (Pathologie der Nacht) 164.
Wechsler, David (Emotionelle Reaktionen) 374; (Affekte) 375; (Psycho-galvanische Reaktion) 771.
— I. S., and S. Brock (Tuberkulöse Meningitis) 403.
Weeber, R. s. Pfeiffer, H. 331, 819.
Wegner, Arthur (Prostitution) 889.
Weidner, E. (Charakterentartung, Encephalitis) 177.
Weil, Alfred Julius (Intravenöse Traubenzuckerlösungen. IV.) 518.
Weil, Arthur s. Kraus, Walter M. 178.
— Jean s. Léchelle, P. 871.
Weil-Spire, Robert s. Gougerot 437.
Weiler, Karl (Kriegs-, Unfallbeschädigte, Rentensucht) 817.
Weill, René (Basedowkropf, physikalische Behandlung) 697.
Weimann, W. (Encephalitis) 300.
Weinberg, F. (Veramon) 287.
— H. s. Metzger, E. L. 34.
— Max H. (Rückenmarkstumoren) 554.
Weinert, Hans (Stirnhöhle) 483.
Weise, Kurt, und Hans Fernbach (Tuberkelbacillen-Züchtung) 406.
Weiskotten, Thomas Fister (Schlaflosigkeit) 34.
Weiss, Edoardo (Heterosexuelle Liebe) 642.
— Rud. Fritz (Somnifen) 287.
Weiß, Theodor Bruno (Elektrotherapie) 844.
Weissenbach s. Thibierge 561.
Weitbrecht, Elisabeth (Vegetative Neurose) 603.
Weizsäcker, V. v. (Nervenheilkunde) 48.
Welke, Walter s. Fischer, Siegfried 285.
Weller, Carl Vernon (Bleivergiftung) 493.
Wenderowič, Eugen (Sclerosis cerebello-pyramido-intercorticalis) 428.
Wendt, H. s. Jacob, L. 786.
— Helmut (Liquor cerebrospinalis, Goldsolkurve) 529.
Wernøe, Th. B. (Viscero-cutane Reflexe) 273.
Wernstedt, Wilh. (Spasmophile Diathese. III.) 211.
Wersilov, W. (Zentralnervensystem u. Nebenschilddrüsen) 811.
Wertheimer, M. (Lehre von Gestalt. III.) 39.
— Pierre (Muskeltonus, Chirurgie) 628.
— — s. Leriche, René 218.
Wessely, Alfred (Beinhautentzündung, Sensibilitätsstörung) 689.
Westphal, A. (Encephalitis epidemica, Pupillenphänomen) 535.
Wetzel, Richard (Krüppelseele) 157.
Wexberg, Erwin (Multiple Sklerose) 436.
Weygandt (Mongolismus) 711; (Plastik) 828.
— Wilh. (Hypophysen-Störungen) 445; (Epilepsie) 464.

Digitized by Google

Wheelon, Homer (Vorzeitige Menstruation) 698.
Whitaker, L. R. s. Schönbauer, L. 260.
White, Leon E. (Stauungspapille) 52.
— Paul D. s. Thacher, Catharine 577.
Whitehead, Edward s. Frazier, Charles H. 741.
Whiting, Walter R. s. Sturgis, Cyruš C. 577.
Wichels, Paul (Intravenöse Traubenzuckerlösungen. III.) 518.
Wiersma, D. (Melancholie) 233.
Wiesel, J. (Morbus Basedow u. Thyreosen) 203.
Wiesner, B. P. s. Steinach, E. 206.
Wießner, P. (Muskelkrämpfe) 589.
Wilbrand, H. (Homonym-hemianopische Gesichtsfelddefekte) 649.
Wilckens, Hans A. (Metencephalitis chronica) 851.
Wilcox, Herbert B., and John D. Lyttle (Cerebrospinalflüssigkeit) 170.
Wilder, Josef (Hirnstammarterien) 178.
Wildermuth, Hans (Epilepsie, Stoffwechseluntersuchungen) 220, 710.
Wile, Udo J., and Harther L. Keim (Syphilis, Liquoruntersuchung) 214.
Williams, Tom A. (Kinderneurose) 474.
Willis, C. Campbell (Hängefuß) 784.
Wilmanns, Karl (Paralyse) 337.
Wilson, George, and J. P. Maus (Priapismus) 189.
— — and N. W. Winkelman (Hirntumor) 72.
— Richard B. (Gehirn, Reparationsvorgänge) 610.
— S. A. Kinnier, and Henry J. Macbride (Epilepsie u. Sklerose) 191.
Wimmer, August (Morphinismus) 229; (Extrapyramidale Syndrome. VI.) 540; (Charakter nach Stirnhirnverletzungen) 876.
Winkelmann, N. W., and John L. Eckel (Adipositas dolorosa) 813.
— — — s. Wilson, George 72.
Winkelmayer, Franz (Heilpädagogik, Österreich) 248.
Winkler, Johannes (Toba-Batak auf Sumatra) 773.
Winkler-Hermaden, Viktor (Lustgefühl u. Tätigkeit) 38.
Winocur, Perlina s. Casaubon, Alfredo 866.
Winokurow, S. I. (Kropf u. experimentelle Polyneuritis) 142.
Witschi, E. (Hermaphroditismus) 321.
Witte, F. (Hoden von Schizophrenen) 228.
Wittgenstein, Hermann (Exsudative Diathese) 90.
Wladyczko, Stanislas (Epilepsie, Zuckerkur) 879.
Wodak, E. (Scheitellappen) 188.
— — und B. Fischer (Kleinhirn u. Vestibularapparat) 620.
— — und G. Herrmann (Augenmuskellähmungen) 194.
Wöhlisch, Edgar, und Hans Schriever (Muskelkontraktion) 629.
Wöhrmann, W. (Poliomyelitis anterior acuta) 794.
Wohlgemuth, A. (Gefühle) 507.
— J., und T. Seo (Sympathicotonie. II.) 768.
Wohlwill (Schädelbasis-Chondrochordom) 173.
Wolf, M. s. Merklen, Pr. 525.
Wolff, Károly (Gliom, Gehirnhemisphäre) 859.
Wolfsohn, Julian Mast, and Carlos Leiva (Neurolues, Tryparsamid) 215.
Wollenberg, R. (Egozentrische Orientierung) 632.
Wood, D. J. (Nervus opticus u. Hirngeschwülste) 183.
Woodcock, H. M. (Encephalitozoon) 413.
Woringer, P. s. Rohmer, P. 812.
Worms, G. (Sphenopalatines u. Gassersches Syndrom) 648.
— — et G. Delater (Hypophysenzerstörung) 866.
Worobiew, W. (Nervensystem-Untersuchung) 488.
Woskressenski, S. (Ammoniakstickstoffgehalt, Großhirn) 283.
Wotke, E. s. Herrmann, G. 413.
Wotzilka, Gustav (Encephalitis mit Otolithensymptomen) 536.
Wulffen, Erich (Kriminalpsychologie [Handbuch]) 156.
Wulfften-Palthe, P. M. van (Tryparsamid-Behandlung, Tabes u. Dementia) 117; (Alkoholintoxikation) 340.
Wunderlich, Herbert (Arbeit u. Persönlichkeitsstruktur) 772.
Wright, Carroll S. s. Greenbaum, Sigmund S. 586.
Wwedenskij, N. (Narkotismus u. Kriminalität) 230.
Wysocki, Joseph, et Léon Zbyszewski (Hirnhemisphären) 617.
Wyss, Oscar (Skelettmuskel u. Tetanus) 149.

Yano, Kenji (Nervus phrenicus) 135.
Yant, William P. s. Sayers, Royd Ray 874.
Yorke, Warrington (Malariabehandlung, Paralyse) 116.

Zabriskie, Edwin G. s. Packard, Maurice 414.
Zacharčenko, M. (Parkinsonismus, Verjüngungsoperation) 673.
Zacharjevskaja, N. s. Petrov, A. 214.
Zacharov, I. (Psycho-sanitäre Arbeit) 606.
Zahradníček, J. (Vegetatives Nervensystem, Physiopathologie) 603.
Zalkan, D., und N. Popova (Zwischenhirn u. Hypophyse) 568.
Zandowa, N. (Hydrocephalus u. Pseudo-Meningitis) 661.
Zbyszewski, Léon s. Wysocki, Joseph 617.
Zeehandelaar, J. (Psychotonie, Emotion u. Psychotherapie) 846.
Zetterqvist, Anders, und Einar Perman (Basedowsche Krankheit, Jodbehandlung) 576.
Ziehen, Theodor (Geisteskrankheiten) 651.
— Th. s. Haecker, V. 345.
Zilahy, N. s. Karczag, L. 765.
Zillig, Maria (Umstellbarkeit) 157.
Zimmermann, E. L. (Sehnervenschwund bei Tabes) 438.
Zingerle, H. (Hyperkinesen) 176.
— — s. Hertle, J. 426.
Zinny, Mario, und Juan Carlos Vivaldo (Arsenvergiftung) 701.
Zoeller, Chr. (Meningitis cerebrospinalis) 60.
Zordan, Dino (Metasyphilitische progressive Muskeldystrophie) 701.
Zoth, Oskar (Brown-Séquardsche Hodenextrakt-Altersbehandlung) 396.
Zucker, Ralph (Geschlechtscharaktere u. Keimdrüsen) 807.
Zwemer, R. L. (Nebennieren u. Schilddrüse) 98.
Zwilling, Hermann s. Schmidt, Ludwig 126.

Digitized by Google

Sachregister.

Abbaureflex (Galant) 29.
Abdomen s. Bauch.
Aberglaube und Zauberei (Lehmann) 47.
Abort, ärztlich indizierter, und Eugenik (Hirsch) 894.
—, künstlicher (Sarwey) 728.
—, künstlicher, als psychisches Trauma (Timm) 887.
Absceß, Dural-, nach Lumbalanästhesie (Gross) 433.
—, Extradural-, und Os petrosum-Caries (Bar) 305.
—, Extradural-, otogener, in Schädelgrube, sensorische Aphasie (Büch) 678.
—, Gehirn-, und Bronchiektasie (Adam) 679.
—, Gehirn-, bei akuter Mastoiditis (Polisar) 678.
—, Gehirn-, eitrige Meningitis (Bregman u. Simchowicz) 679.
—, Gehirn-, Öffnung (Citelli) 304.
—, Gehirn-, otitischer (Smith) 678.
—, Gehirn-, otogener (Trutner) 678.
—, Gehirn-, rhinogener (Arnoldson u. Boström) 679.
—, Gehirn-, nach Schädelschußverletzung (Bruskin) 305.
—, Kleinhirn- (Chase) 76; (Milligan) 549.
—, Kleinhirn-, Morphologie (Fremel) 680.
—, Kleinhirn-, Operation [Lemaître] (Lund) 680.
—, Kleinhirn-, otogener (Brunner) 681; (Soyka) 681.
—, künstlicher, bei eitriger Meningitis (Jacob u. Wendt) 786.
—, Lobus temporalis-, und Mastoiditis (Siegmeister) 678.
—, Lobus temporalis-, otogener (Hofmann) 677.
—, Lobus temporalis-, subdurales Hämatom der Regio fronto-temporalis unter dem Bilde von (Horniček u. Janota) 704.
—, Stirnhirn-, nach otogener Sinusthrombose (Bleyl) 305.
Abstraktion-Fähigkeit bei Affen (Revesz) 37.
— -Problem (Blumenfeld) 276.
— und Wiedererkennung in Tierpsychologie (Révész) 385.
Acanthosis nigricans bei Idiotismus (Benedek u. Csörsz) 334.
Acetylcholincontractur des Kaltblütermuskels (Schäffer u. Licht) 756.
Achondroplasie (Solotuchin) 321.
— und endokrine Drüsen (Rossiysky) 864.
Achromie, zosteriforme (Busquet u. Esquier) 803.
Acidose und Chronaxie der Muskeln (de Waele) 148.
—, experimentelle, Säure-Basegleichgewicht im Liquor cerebrospinalis bei (Cestan, Sendrail u. Lassalle) 63.
Addisonsche Krankheit, neuroglandulärer Apparat (Mogilnizky) 566.
Adductoren, Dorsalreflex (Členov) 271.
Adiadochokinese als Apraxie (Keller) 856.
Adipositas s. Fettsucht.
— dolorosa s. Dercumsche Krankheit.
Adrenalin (Popoviciu) 580.
— -Ausscheidung (Tournade, Chabrol u. Wagner) 579.
— und Gaswechsel bei Mäusen (Abderhalden u. Gellhorn) 209.
— -Hyperglykämie und Muskelglykogengehalt (Ohara) 208.
— -Reaktion und nervöse Erkrankungen (Kylin) 647.
— -Sekretion und Hypothalamus (Houssay u. Molinelli) 267.
— -Sekretion bei peripherer Halsvagusreizung (Tournade u. Chabrol) 811.
— und Sensibilitätsveränderungen der Gefäße (Nikolaeff) 580.
— und Vagushemmung (Heinekamp) 759.
— und vegetatives Nervensystem (Kogan u. Ponirowsky) 580.
— und vegetativen Nervensystems bei Psychose (McWilliam) 656.
Äthylisopropylbarbitursäure (Jackson u. Lurie) 517.
Affekt, Spannungszustand und Patellarreflex (Burtt u. Tuttle) 272.
—, Spezifität (Wechsler) 375.
Affektivität und praktische Medizin (Allen) 286.
—, Suggestibilität, Paranoia (Bleuler) 884.
Affen, Abstraktionsfähigkeit (Revesz) 37.
— -Gehirn, Menschenähnlichkeit (Riese) 744.
Agonisten (Wachholder u. Altenburger) 23.
Akkommodation und Konvergenz (Hofmann) 753.
Akkommodationslähmung bei Diphtherie (Bourdier) 651.
Akroasphyxia chronica hypertrophica [Cassirer] (Leyser) 443.
Akrocyanose und Hautcyanose (Török) 562.
— und vegetatives Nervensystem (Blumenthal u. Doxiades) 90.
Akrodynie (Jenny) 196.
Akromegalie (Cesari) 199; (Invernizzi) 447; (Korchov) 569; (Rossiysky) 570.
— und Glykosurie (Hetzel) 866.
—, Pseudo-, und Syringomyelie (Moreali) 796.
— und Raynaudsches Syndrom (van Bogaert u. Delbeke) 199.
—, Röntgenbehandlung (Stolkind) 695.
—, Stoffwechsel (Cestan, Sendrail u. Lassalle) 570.
— und Syringomyelie (Macbride) 308.
Akromegaloidie (Cesari) 199; (Korchov) 569.
Aktinotherapie bei Herpes zoster (Legoff) 443.
Aktionstremor bei Paralysis agitans (de Jong) 419.
Algohalluzinose und umschriebene Halluzinose (Galant) 782.

Digitized by Google

Alkalose und Chronaxie der Muskeln (de Waele) 148.
— und Spasmophilie (Rohmer u. Woringer) 812.
— und Tetanie (de Gens) 812.
Alkohol-Injektion im Nervenstamm (Nasaroff) 751.
— -Injektion bei Trigeminusneuralgie (Ducuing u. Viela) 689.
— -Rausch und sadistischer Lustmord (Harbitz u. Vogt) 232.
— -Vergiftung (van Wulfften-Palthe) 340.
— -Vergiftung, Commisurenwegedegeneration im Gehirn infolge (Stanquitz Cambilargiu) 839.
Alkoholismus, Bekämpfung (Gantkowski) 723.
— und Dämmerzustand (Décsi) 127.
— und Gesundheit (Hunziker) 231.
— beim Kind (Obarrio) 825.
— -Mittel oder Antialkolbehandlung (Juliusburger) 723.
— und Tabak (Lickint) 231.
— in Volksschulen Wilnas (Brokowski) 339.
— und Zeugenaussagen (v. Egloffstein) 119.
Alkoholversuch und Alkoholisierungsgrad des Organismus (Hansen) 143.
Allergische Krankheiten (Storm van Leeuwen) 564.
Alopecia areata endokrinsympathischen Ursprungs, Pupillen-Lichtstarre (Herman) 694.
— areata bei Epilepsie (Herman) 221.
Alzheimersche Krankheit (Schükry) 228; (Grünthal) 822; (Visser u. Frets) 822; (Hilpert) 882.
— Krankheit und Altern (Norbury) 823.
— Krankheit und senile Demenz, Beziehung (Nayrac u. Dubruille) 228.
Amaurose s. Blindheit.
Amaurotische Idiotie s. Idiotie, amaurotische.
Amblyopie, hysterische, und Blindheit (Burch) 236.
Ambulatorium, neuro-psychiatrisches (Sinowjev) 607.
Amentia, Behandlung (De Paoli) 229.
—, Klinik (Ostankow) 470.
— und schizophrene Reaktion (Bresowsky) 719.
Ammoniakstickstoffgehalt des Großhirns bei Psychose (Woskressenski) 283.
Ammonshorn, Sklerose des Sommerschen Sektors (Spielmeyer) 609.
Amphibien-Vorderhirn (Herrick) 1.
Amyostatische Encephalitis, Atropinempfindlichkeit (Bremer) 534.
— Encephalitis, Blutzuckerltoleranz (Raphael, Searle u. Ferguson) 535.
— Symptomenkomplexe (Marburg) 789.
— Syndrome nach Encephalitis epidemica (Graziani) 66.
Amyotrophia, Hand-, beim Greis (Lhermitte u. Nicolas) 435.
— syphilitica (Pires) 871.
Anämie, bulbäre, hintere Nervenwurzel bei (Coombs) 14.
—, Gehirn-, experimentelle Untersuchungen (Anitschkow) 747.
—, perniziöse, funikuläre Myelitis (Meulengracht) 433.
Anästhesie, Leitungs-, retromaxilläre, des 2. Trigeminusastes (Birkholz) 483.
Anästhesie, Lokal-, bei intrakraniellen Eingriffen (Olivecrona) 520.
—, Lumbal- (Simionescu) 64.
—, Lumbal-, und Duralabsceß (Gross) 433.
—, Lumbal-, Gehirnnervenschädigung (Blaschke u. Hermann) 64.
—, Lumbal-, in gynäkologischer Chirurgie (Liebhart) 407.
—, Lumbal-, Nervus Abducens-Lähmung (Riva) 863.
—, Paravertebral-, am Hals, epileptiforme Krämpfe (Römcke) 649.
Analgesie, suggestive (Bujas) 45.
Analgit, Herpes zoster nach (Blank) 442.
Analsexualität, Psychogenese (Schindler) 515.
Anaphylaxie des Zentralnervensystems und Meningitis-Diagnose (Preioni) 60.
Anatomie [Grundriß] (Lubosch) 129.
—, vergleichende, Übersichtsbilder (Ariens Kappers) 131.
Anencephalie mit Placenta praevia und Blasenmole (Palieri) 616.
Anencephalus (Leblanc) 259.
Aneurysma der Carotis interna (Sosman) 859.
—, traumatisches, und Nervus Medianus-, Ulnaris- u. Radialis-Lähmung (Dowman) 864.
Angerstein und psychanalytisches Gutachten (Friedländer) 120.
Angina pectoris s. a. Herz.
— pectoris, Chirurgie (Seelig) 521.
— pectoris, Chirurgie des vegetativen Nervensystems (Hofer) 289.
Angiocele der spinalen Pia mater (Guillain u. Alajouanine) 555.
Angioma racemosum spinaler Gefäße (Groppali) 555.
Angioneurose s. Neurose, vasomotorische.
Angioneurotisches Ödem s. Ödem, angioneurotisches.
Angstsyndrom und iogene Hypacidität (Laignel-Lavastine u. Cornelius) 656.
Angstzustände, Störungen des vegetativen Nervensystems bei (Vermeylen) 603.
Anlagefaktor bei Krankheit und Geschlecht, Beziehung (Draper) 829.
Annullierung, Verdrängung und Übertragung (Stekel) 515.
Anomale, geistig, Fürsorgeorganisation (Vervaeck) 125.
— Kinder, Fürsorge (Heuyer) 247.
— Kinder und Jugendliche in Norwegen (Dahlström u. Jacobsen) 247.
— und Normale (Ley) 730.
—, psychisch, in Frankreich (Bally) 248.
—, psychisch, und soziale Fürsorge (Birnbaum) 243.
—, Schule in Polen für (Wawrzynowski) 899.
Anpassung und Leben (Gemünd) 31.
— -Reflex des Rückenmarkgefäßes (Bechterew) 620.
Anstaltsbehandlung Geisteskranker (Brown) 348.
—, Mängel (Ortleb) 347.
— Schwachsinniger (McCutcheon) 711.
Anstaltspsychiatrie (Groß) 732.
Anstaltswesen und Geisteskranke (Rodiet) 479.
— in Rußland (Prosorov) 349.

Digitized by Google

Antagonismen (Planelles) 268.
Antagonisten (Wachholder) 24.
— bei Willkürbewegungen (Wagner) 629, 630.
Antialkoholbehandlung oder Alkoholismusmittel (Juliusburger) 723.
Anticipationsneurose und Moral im Heer (Fenton) 236.
Antikörper und Liquor cerebrospinalis (Neufeld) 664.
Anti-Meningokokkenserum, Flockung (Dujarric de la Rivière u. Roux) 785.
Antithyreoidin und Basedowsche Krankheit (Grawitz) 698.
Antrieb, psychischer, und Gehirnstamm (Berze) 506.
Anurie, reflektorische (Rubritius) 778.
Aphasia mixta nominal-semantica-Head (Sanchís Banús) 420.
Aphasie (Sanchís Banús) 420.
—, anatomische Grundlagen (Heveroch) 542.
— und Hemiplegie, Beziehung (Pötzl) 420.
—, hysterische (Bechterev) 604.
—, kortikale sensorische (Henneberg) 352.
—, Leitungs- (Grubel) 543.
—, lokalisatorische Tendenzen (Henschen) 543.
— des Malers Vierge (Bonvicini) 724.
—, Methodik (v. Mayendorf) 543.
—, motorische, und Dysarthrie (Noica u. Danulescu) 180.
—, optische (Bianchi) 421.
—, sensorische (Henneberg) 251; (Schuster u. Taterka) 351.
—, sensorische, beim Kind (Pötzl) 544.
—, sensorische, bei otogenem Extraduralabsceß in Schädelgrube (Büch) 678.
—, temporo-parietale (Foix) 180.
—, totale, nach Trauma (Morselli) 855.
— [Wernicke] und Raumvorstellung (Laignel-Lavastine u. Valence) 855.
Aphonie, hysterische (Oppikofer) 237.
Apoplexie, Corpus striatum-, embolische (Schwartz u. Goldstein) 539.
Apraxie und Adiadochokinese (Keller) 856.
— und Raumvorstellung (Lhermitte, Lévy u. Kyriako) 855.
—, Säuglingsreflex (Galant) 30.
Aquaeductus Sylvii, Ontogenese (Castaldi) 737.
Arbeit, abhängige, und Psychotherapie (Eliasberg) 846.
—, geistige, Kurve (Sante de Sanctis) 772.
—, zwangsläufige, und Persönlichkeitsstruktur (Wunderlich) 772.
Arbeitsleistung, Maximal-, Untersuchung mittels Ergograph [Lehmann] (Ráth) 128.
Area striata bei Katze (Poljak) 738.
Argyll-Robertsonsches Zeichen s. Pupillenstarre, reflektorische.
Arhythmie und Asthma bronchiale (Magniel) 370.
Arsen-Gewöhnung (Keeser) 286.
— -Neuritis, Behandlung (Brill) 814.
— -Vergiftung, chronische endemische (Zinny u. Vivaldo) 701.
— -Vergiftung und Polyneuritis (Finckh) 87.
Arsphenamin s. Salvarsan.
Arteria basilaris-Druck, Trigeminusneuralgie infolge (Pappenheim) 438.
Arteria lateralis corporis striati bei Reptilien (Kuhlenbeck) 739.
Arterien, Gehirn-, bei Gelehrten (Gindze) 743.
—, Gehirnstamm-, und Zwischenhirn- (Foix u. Hillemand) 359.
—, Nerven in Adventitia der (Bergglas) 126.
Arteriensystem, Hypoplasie des, Ventrikelblutung (Pilcz) 414.
Arteriosklerose und Erkrankungen des Rückbildungsalters (Gilarowsky) 882.
—, Früh-, pyramidale und extrapyramidale Symptome (Radimská-Jandová) 539.
— und striäre Großhirnrindenerkrankung (Neubürger) 881.
—, Irresein infolge (Schükry) 228.
— und Nervus opticus-Erkrankung (Beselin) 50.
— und Nervus recurrens-Lähmung (Jülich) 195.
Arthritis s. a. Rheumatismus.
—, Wirbelsäulen-, mit Rückenmarksgeschwulst (Barré) 85.
Arthro-Lues tardiva (Schlesinger) 324.
Arthropathia tabica (Palma) 687.
— tabica acuta inflammatoria (Siemens u. Cohen) 687.
Arzt in öffentlicher Irrenanstalt (Rein) 897.
Asoziale Familien (Dirksen) 726.
Assoziation, anatomische und psychische (Niessl v. Mayendorf) 252.
— -Experiment bei progressiver Paralyse (Stanojević) 113.
Asthenie, genitale, bei hypochondrischer Neurasthenie (Reich) 726.
Asthma bronchiale (Jack) 370; (Storm van Leeuwen) 564.
— bronchiale und Arhythmie (Magniel) 370.
— bronchiale und Chirurgie des vegetativen Nervensystems (Hofer) 289.
—, konstitutionelles (Schmidt) 777.
— und Ovarialstörungen (Claude u. Saleur) 207.
Ataxie, akute [Leyden-Westphal] (Koschewnikow) 432.
—, cerebellare, mit Alkoholamaurose (Ohmori) 77.
—, cerebellare, und Geistesschwäche (Nyssen) 77.
—, cerebellare, und Nervus vestibularis-Erregbarkeit (Jedlička u. Henner) 77.
—, cerebellare, und essentielle Spätskoliose (van Bogaert) 681.
Atemzentrum und Cheyne-Stokesscher Symptomenkomplex (Singer) 762.
Atheromatose und Meningoencephalitis bei Syphilis mit paranoider Demenz (Damaye u. Briau) 68.
Athetose (De Giacomo) 417; (Tripi) 417.
— und psychische Entwicklungshemmung (Bostroem) 178.
Athétose double mit Torsionsspasmus (Izenko) 540.
Atmung, psycho-optische Sphäre und psychomotorische Zentren (Gallerani) 363.
Atonie (Pál) 371.
Atrophia, Haut-, Hautcyanose bei (Török) 562.
— olivocerebellaris nach Meningitis syphilitica und progressiver Paralyse (Kufs) 792.

Digitized by Google

Atrophia, Muskel- s. Muskel-Atrophie.
—, Opticus- s. Nervus Opticus-Atrophie.
Aufmerksamkeit (Henning) 376.
— und Schreckreiz (Jacobson) 637.
Aufmerksamkeitsschwankung (Rittershaus) 634.
Aufmerksamkeitswanderung, Messung (Mager) 376.
Augen-Gegenrollung, Untersuchungsapparat (Bárány) 622.
— -Reflex, vestibulärer, dissoziierter (Messing) 430.
—, idiotypische Spaltbildungen (v. Szili) 614.
Augenbewegung, angeborene Anomalie (Archangelskij) 259.
—, kompensatorische, bei Taubstummheit (Kompanejetz) 187.
—, unwillkürliche, absolute Lokalisation (Vom Hofe) 15.
Augendrehung, symmetrische (Ribas) 754.
Augenerkrankung bei Botulismus (Nicolau) 703.
— bei Encephalitis epidemica (Morax) 410; (Thomsen) 669.
— hypophysären Ursprungs, Röntgenbehandlung (Favaloro) 445.
— bei Meningitis serosa (di Marzio) 403.
—, paradoxe, nach Encephalitis epidemica und Parkinsonismus (Paulian) 66.
—, psychische Beeinflussung (Potter) 280.
Augenhöhle s. Orbito . . .
Augenlid-Synkinese bei Encephalitis epidemica (Leschtschenko) 670.
Augenmuskel-Innervation, reziproke, nach Kleinhirnexstirpation beim Kaninchen (de Kleijn) 621.
— -Kontraktur, hysterische (Balduzzi) 886.
— -Lähmung, assoziierte, bei Encephalitis epidemica (Cantonnet) 669.
— -Lähmung, internucleäre (Dunphy) 871.
— -Lähmung, internucleäre (Lutz) 49.
— -Lähmung, konjugierte, und hinteres Längsbündel (Niculescu u. Bazgan) 49.
— -Lähmung, nucleäre, bei Encephalitis epidemica (Pascheff) 535.
— -Lähmung und Nervus vestibularis -Reizung (Wodak u. Herrmann) 194.
— -Lähmung, supranucleäre (Adrogué) 649.
Augennerven, motorische, bei Lacerta viridis (Florio) 132.
Augenphänomen bei Lobus temporalis Geschwulst (Lillie) 183.
Augenzitternkunde (Ohm) 431.
Aurolumbal-Reaktion und elektrische Leitfähigkeit des Liquor cerebrospinalis (Schaefer) 172.
Ausdrucksbewegung und Psychotherapie (Schwerdtner) 887.
— bei Schmerzen (Kollarits) 508.
Ausdrucksform, akzessorische, und sprachliche Reaktion (Hohman) 36.
Auswanderung und Rassenhygiene (Luxenburger) 894.
Automatismus, Instinkt und Reflex (Galant) 271.
—, seelischer, und chronische Wahnbildung (Lévy-Valensi) 167.
Autonomes Nervensystem s. Nervensystem, vegetatives.
Autosuggestion und Couéismus (Birnbaum) 294.
Babinski-Reflex, Inversion (Mankowsky u. Beder) 272; (Manjkovskij u. Beder) 769.
Bahnschaffner, geistesgestörter (Ameghino) 283.
Balken s. Corpus callosum.
Barlowsche Krankheit und Mikrencephalie infolge Pachymeningitis haemorrhagica interna (Stroh) 259.
Basalganglien, Genese (Kuhlenbeck) 739.
Basedowsche Krankheit (Lieck) 575.
— und Antithyreoidin (Grawitz) 698.
—, Diathermie (Savini u. Ackermann) 806.
— und Dienstbeschädigung (v. Schnizer) 600.
—, Elektrotherapie (Delherm u. Laquerrière) 697.
—, Ergotaminbehandlung (Adlersberg u. Porges) 204.
—, Ernährungsschwankungen (Sturgis u. Greene) 451.
— [Flajani] (Castellino) 575.
—, Gaswechselreaktion (Pollitzer u. Stolz) 204.
—, Hypothyreoidismus infolge Röntgenbehandlung (Gram) 451.
—, Jodbehandlung (Sundelin) 96, 452; (Wiesel) 203; (Odelberg) 576; (Zetterqvist u. Perman) 576; (Redlich) 697; (Richter) 806.
—, Insulinbehandlung (Meyer) 576; (Klein) 807.
— im Klimakterium, Röntgenintoxikation (Lévai) 576.
— und Kropf, Jodbehandlung (Rienhoff, jr.) 318.
— und Kropf, Morbidität und Mortalität (Shephard) 203.
— und Kropf, physikalische Behandlung (Weill) 697.
— und Kropf, Ultravioletts trahlenbehandlung (Livet, Bonnet-Lemaire u. Roger) 97.
—, postoperatives Myxödem (Seulberger) 807.
—, Nachuntersuchung (Ladwig) 95, 318.
—, neuroglandulärer Apparat (Mogilnizkij) 566.
—, Röntgenbehandlung (Prusciano) 204.
—, Stoffwechsel, Sympathicus und Parasympathicus (Hepner u. Nikišin) 576.
—, Strahlenbehandlung (Milani) 576.
—, Strahlenbehandlung und Elektrotherapie (Vignal u. de Prades) 96.
—, partielle Sympathektomie (Chalier) 452.
—, syphilitische und konjugale (Koopman) 697.
— und Tetanie, gleichzeitig (Kertész) 96.
—, Thyreoideaveränderung (Holzweissig) 95.
—, Thyreosuprarenal-Pathogenese (Chauffard u. Girot) 95.
Basenstickstoffgehalt des Großhirns bei Psychose (Woskressenski) 283.
Batak-Stamm auf Sumatra (Winkler) 773.
Bauch-Erkrankung und Encephalitis epidemica, Differentialdiagnose (Ravalli) 536.
Bauchspeicheldrüse s. Pankreas.
Bacillen-Ruhr und Neuritis optica (Sobhy Bey) 779.
Bedauern, krankhaftes, bei Schizophrenie (Minkowski) 338.
Bedingungsreflex (Humphrey) 274; (Ivanov-Smolenskij) 771.
— und kindliche Neurose (Krasnogorski) 885.
Begabte Familien, Vererbung und Fortpflanzung (Fürst u. Lenz) 830.
Begabtenauslese (Lipmann) 636.

Digitized by Google

Begabung s. a. Intelligenz.
— und Gefühlsleben beim Kind (Kenworthy) 375.
— und Konstitution (Ssucharewa u. Ossipowa) 830.
—, musikalische, Erbanalyse (Mijöen) 831.
—, Pflege (Terman) 154.
Begabungsprüfung (Bobertag u. Hylla) 380; (Stern) 380.
Begutachtung, ärztliche, psychologische Grundbegriffe (Goldschmidt) 32.
—, forensische, und Intelligenzprüfung (Stanojević) 378.
Behandlung, Organ- (Hirsch) 395.
—, Organ-, bei hypophysären Erkrankungen (Göring) 448.
—, physikalische, bei Basedowkropf (Weill) 697.
—, physikalische, bei Ischias (Milizin) 399.
—, sparsame, und Reichsgesundheitsrat 848.
Behandlungsmethoden in Anstalt (van der Scheer) 659.
Behaviorismus als Monismus der Bewegung (Reiser) 159.
Behavioristische Erklärung des Bewußtseins und Sprachgewohnheiten (Markey) 36.
Bein-Lähmung nach Starkstromtrauma (Stier) 733.
— -Reflex, Untersuchungsmethode (Folly) 54.
Beinhautentzündung, Sensibilitätsstörung (Wessely) 689.
Benzoereaktion, klinischer und serologischer Wert (Osborne) 299.
—, kolloidale (Šebek) 63; (Guillain, Laroche u. Lechelle) 665.
— im Liquor cerebrospinalis (Cockrill) 64.
Beobachtungsabteilung, Krankenaufnahme in (Hudovernig) 127.
Berauschung, toxische (Rosenstein) 722.
Bergkrankheit (Laumonier) 550.
Beriberi-Krankheit (Trabaud) 327.
— -Vögel, Spinalganglienzellen (Ma) 141.
Berufsauslese und psychologisches Profil (Lahy) 383.
Berufsberatung (Bogen) 636.
—, psychologische Massenprüfung (Lang) 636.
— und psychologisches Profil (Lahy) 383.
Berufskrankheit, Begriff und Diagnose (Teleky) 163.
— und Elektrizitätsunfall (Jellinek) 589.
— und Unfallversicherung 329.
Berufswahl für zurückgebliebene Kinder (Strasburger) 465.
Beschädigung, Selbst-, und Selbstverstümmelung (Trömner) 657.
Beschäftigungsbehandlung (Brodie) 522; (Henderson) 522; (Robertson) 522; (Thomson) 522; (Trapet) 659.
— in Anstalt (van der Scheer) 659.
— Geisteskranker (Tiffany) 348; (Bliss) 349; (Saunders) 523.
— Geistes- und Nervenkranker (Humphrey) 396; (Bond) 397; (Haas) 397; (Ryon) 397.
— in Heilanstalt Lindenhaus (Müller) 348.
— in Krankenhaustherapie (Adams) 847.
— in Psychotherapie (Garmendia u. Darder) 847.
— Schwachsinniger (McCutcheon) 711.
Betragensstörungen beim Kind und Psychanalyse (Levy) 384.
— beim Kind, psychologische Untersuchungen (Beverly) 380.
Bettnässen s. Enuresis.
Bewahrungsgesetzentwurf (Friedländer) 349.
Bewegung, geführte, Wahrnehmung (Stein) 625.
—, Monismus der, und Behaviorismus (Reiser) 159.
— bei jungem Opossum (Langworthy) 368.
—, willkürliche, Physiologie (Wachholder) 22, 24; (Wachholder u. Altenburger) 23, 24.
Bewegungsstörung, extrapyramidale, Behandlung (Albrecht) 855.
Bewegungssysteme, Reiz- (Sommer) 631.
Bewußt und Unbewußt in Psychologie (Drever) 152.
Bewußtsein, behavioristische Erklärung des, und Sprachgewohnheiten (Markey) 36.
— des anderen Ichs (Bujtendijk u. Plessner) 35.
— als Intensität (De Marco) 505.
Beziehungswahn, Phänomenologie (Berze) 718.
—, sensitiver (Langelüddeke) 880.
Bilder, Dawidsche-, Erklärung und Beschreibung (Margairaz u. Piaget) 380.
Bindehaut s. Conjunctiva.
Binet-Prüfung und eidetische Anschauungsbilder (Carmichael) 380.
Binokular-Sehen und Nervus-Opticus-Kreuzung (Bartels) 15.
Biologie, theoretische (Mainzer) 646.
Biologische Faktoren und Charakter (Agostini) 729.
Bismut und Meningenpermeabilität (Barbaglia) 405.
— bei progressiver Paralyse (Duchateau u. Verstraeten) 338.
— bei Syphilis (Heymann) 586.
Blase s. Harnblase.
Blasenzellen, mesencephalopontiner Kern mit (Niculescu) 2.
Bleivergiftung (Aub u. Fairhall, Minot u. Reznikoff) 216; (Weller) 493.
—, Erythrocytensenkungsgeschwindigkeit (Schnitter u. Paris) 104.
—, Extensorenzeichen (Heim de Balsac, Agasse-Lafont u. Feil) 327.
Blepharospasmus, mysterischer (Satanowsky) 887.
Blickkrampf, vertikaler, bei postencephalitischem Parkinsonismus (Pappenheim) 410.
Blicklähmung s. Augenmuskellähmung.
Blindheit, Alkohol-, und cerebellare Ataxie (Ohmori) 77.
—, hysterische (Bodkin) 237.
— und hysterische Amblyopie (Burch) 236.
—, Konzentration bei (Petzelt) 511.
Blitzschlag, Nervenverletzung (Herrmann) 707.
Blut-Cholesterin bei Psychose (Claude, Targowla u. Badonnel) 655.
— -Erkrankungen [Handbuch] (Schittenhelm) 161.
— bei Katatonie (Looney) 655.
— und Liquor cerebrospinalis, Verhältnis chemischer Bestandteile (Kubie u. Shults) 298.
— und Liquor cerebrospinalis, Stoffaustausch (Blum) 298.

Digitized by Google

Blut-Liquorschranke, Beschaffenheit (Flatau) 528.
— -Reinfusion bei intrakraniellen Eingriffen (Davis u. Cushing) 291.
Blutbild bei Nerven- und Geisteskrankheiten (Daiber) 654.
Blutdrüsen s. Endokrine Drüsen.
Blutdruck bei Geistes- und Nervenkrankheiten (Szecsödy-Wehofer) 128.
— bei psychischer Erregung (Tigerstedt) 770.
— -Regulierung (Tournade) 268.
— und experimentelle Tabakvergiftung (Alessio) 144.
Blutdrucksteigerung, extrapyramidale, und Deviation des Kopfes (Niculescu u. Bazgan) 49.
— und Gehirnerkrankung (Dumas) 64.
— -Krankheiten (Kylin) 776.
Blutfermente bei Spasmophilie und neuroarthritischer Diathese (Morev) 454.
Blutgefäße-Erweiterung nach Sympathicus-Durchschneidung (Brown u. Rowntree) 784.
—, funktionelle Störungen (Neubürger) 254.
Blutgefäßnerven, Bau (Hirsch) 520.
Blutgefäßsyndrom, vegetatives, idiotypische Bedingtheit (Mayer-List u. Hübener) 478.
Blutkörperchen, rote s. Erythrocyten.
—, weiße s. Leukocyten.
Blutkreislauf s. Kreislauf.
Blutserum s. Serum.
Blutung, geburtstraumatische, in Gehirn und Schädel (Schwartz u. Fink) 589.
—, Gehirn-, basale (Pachard u. Zabriskie) 414.
—, Gehirn-, bei Eklampsie (Gammeltoft) 415.
—, Gehirn-, und Urämie (Le Count u. Guy) 539.
—, intrakraniale, beim Neugeborenen (Bruce) 108; (Sharpe u. Maclaire) 816; (Larini) 877.
—, Meningeal- (Achard) 403.
—, Meningeal-, Liquor cerebrospinalis-Druck (Pagniez) 295.
—, Meningeal-, vorgetäuscht durch Cerebrospinalmeningitis (Chalier u. Schoen) 526.
—, Subarachnoidal-, spontane, und Herpes zoster (Adie) 802.
—, Ventrikel-, bei Hypoplasie des Arteriensystems (Pilcz) 414.
Blutzucker bei decerebrierten Tieren (Bazett, Tychowski u. Crowell) 14.
— -Kurve bei epidemischer Encephalitis (Kasanin u. Grabfield) 672.
— -Regulation, zentrale (De la Paz) 369.
Blutzuckertoleranz bei amyostatischer Encephalitis (Raphael, Searle u. Ferguson) 535.
Botulismus, Augenerkrankung (Nicolau) 703.
Brennspiritustrinker, Untersuchungen an (Mueller) 471.
Bromoformvergiftung (Molitoris) 873.
Bronchialasthma s. Asthma bronchiale.
Bronchiektasie bei Gehirnabsceß (Adam) 679.
Brown-Séquardsche Hodenextraktaltersbehandlung (Zoth) 396.
Brücke, Seitenwenderbahnen in, bei Encephalitis epidemica (Bartels) 2.
Brückengeschwulst (Benvenuti) 184; (Tschernyscheff) 485; (Hagens) 548.
— mit Nystagmus (Nylen) 184.
Brückenherd, Erkrankungen (Bregman u. Nudelman) 683.
Brückenherd und Pseudobulbärparalyse (Crouzon, Dereux u. Kenzinger) 539.
Brückentuberkel (Babonneix u. Hutinel) 75.
— mit Facialiskrampf, Trigeminuslähmung und Geschmacksstörung (Ardin-Delteil u. Levi-Valensi) 184.
Brückenwinkelgeschwulst des Kleinhirns (Insabato) 75.
Bulbäre Syndrome, Hemi- (Pelnář) 682, 683; (Pelnář u. Dědeček) 682.
Bulbärparalyse mit Neurom der Rautengrube und Medulla oblongata (Marinesco u. Draganesco) 683.
—, progressive, Sprech- und Schluckmechanismus (Chritchley u. Kubik) 682.
Bulbocapnin (Mella) 843.
Bulbus-Druck und heterope Kontraktion (Daniélopolu u. Proca) 370, 371.
— olfactorius von Amblystoma (Herrick) 1.
— olfactorius bei Säugern und Vertebraten (Spadaro) 353.
Buscaino-Schwarzreaktion (Girone) 284.

Cajalsche Schule, histologische Methode (D'Ancona) 744.
Calcium im Liquor cerebrospinalis (Brucke) 172.
—, Thyreoidea und Hypophyse, Beziehung (Parhon u. Briese) 94.
Calciumion und vegetatives Nervensystem (Popescu-Inotesti) 15.
Campher und Vagus (Navratil) 762.
Capillar-Mikroskopie und Zwillingsforschung (Mayer-List u. Hübener) 478.
Carcinom und Nervensystem (Redlich) 6.
—, neuroepitheliales, des Kleinhirns (Ssapir) 549.
—, Thyreoidea-, Jackson-Epilepsie infolge (Overhamm) 73.
Carcinomatose des Zentralnervensystems (Filimonov) 423; (Lewis) 425.
Carotis interna, Aneurysma (Sosman) 859.
Carpopedalspasmen, Pathogenese (Bossert) 211.
Carrefour orbito-sphénoidal-Geschwulst (Laruelle) 677.
Cauda equina, Syphilis (Blum) 872.
Cephalalgische Psychose (Mingazzini) 824.
Cephalocaudale Differenzierung für die Vertebraten-Entwicklung (Child) 131.
Cephaloplegischer Symptomenkomplex beim Kind (Ormaechea) 80.
Cerebello-pyramido-intercorticalis-Sklerose (Nikitin) 428.
— -pyramido-intercorticalis-Sklerose, Hemisphären-Leitungs- und Zellveränderungen (Wenderowič) 428.
— -thalamisches Syndrom durch Thalamus- und Hypothalamus-Läsion (Marinesco u. Nicolesco) 420.
Cerebellum s. a. Kleinhirn.
Cerebropathia psychica toxaemica, Psychosis polyneuritica (Rosenstein) 470.
Cerebrospinal-Flüssigkeit s. Liquor cerebrospinalis.
— -Meningitis s. Meningitis cerebrospinalis.
Charakter und biologische Faktoren (Agostini) 729.
— nach epidemischer Encephalitis bei Jugendlichen (Agostini) 672.

Digitized by Google

Charakter nach epidemischer Encephalitis beim Kind (Weidner) 177.
—, Körperbau und Motorik (Gurewitch) 891.
— nach Stirnhirntrauma (Wimmer) 876.
—, triebhafter, Psychanalyse (Reich) 380.
Charakterologie (Utitz) 277.
Chemoprophylaxis des Rückfallfiebers und Trypanosomen-Erkrankungen (Kritschewsky) u. Friede) 598.
Chemotherapie bei progressiver Paralyse (Pfeifer) 118; (Sézary u. Barbé) 715.
Cheyne-Stokessches Atmen beim decerebrierten Hund (Pachon u. Delmas-Marsalet) 619.
— -Stokesscher Symptomenkomplex und Atemzentrum (Singer) 762.
Chiasma-Gumma (Mezzatesta) 866.
Chirurgie bei Epilepsia partialis continua [Kojecnikow] (Beresnegovski) 464.
— bei essentieller Epilepsie (Božovič) 112.
— bei traumatischer Epilepsie (Davidovič) 219; (Rosonov) 704.
—, experimentelle, und Tierhypnose (Haberland) 644.
— [Grundriß] (Melchior) 519.
—, Kopf- (Borchers) 519.
—, Nerven- (Sharpe) 399.
—, Rückenmark- (Jirásek) 862.
— bei Rückenmarkgeschwulst (Elsberg) 82.
— der Spina bifida (Stockmeyer) 193.
— bei Thyreoidea-Erkrankung (Pemberton) 452.
— bei Trigeminus-Neuralgie (Cholin) 689.
— des Zentralnervensystems (Hahn) 400; (Sachs) 425; (Martynov) 519.
Chlor im Liquor cerebrospinalis (Niina) 664.
Chloride im Liquor cerebrospinalis (Fremont-Smith u. Dailey) 63.
— im Liquor cerebrospinalis bei Meningitis (Negru) 60.
Cholelithiasis, Operation, Gehirnbefund (Neubürger) 911.
Cholesteatom, Gehirn-, Pathologie (Kakeshita) 423.
—, Gehirn-, beim Pferd (M'Fadyean) 462.
—, Mastoid-, Pachymeningitis nach (Kerangal, de 403.
Cholesterin-Injektion und Nervensystem (Bender) 364.
— im Liquor cerebrospinalis (Garofeanu u. Lazar) 172.
Chondrodysplasie, hereditäre deformierende (Campbell) 321.
Chondrodystrophia fetalis (Loewenstein u. Calm) 321.
Chordom (Stewart u. Morin) 557.
—, sacro-coccygeales (Alexander u. Struthers) 863.
Chordotomie, laterale, infolge gastrischer Krisen, Isothermognosie (Sicard, Haguenau u. Lichtwitz) 400.
Chorea (Burr) 854.
— gravidarum (Lehoczky-Semmelweis) 542, 854.
— gravidarum in Palästina (Jakoby) 419.
—, Huntingtonsche-, Vererbung, und Wilson-ähnliche Krankheit (Freund) 180.
— infectiosa, Phlogetan-Behandlung (Benedek) 542.
— minor, Ätiologie und Behandlung (Foti) 541.
Chorea minor und epidemische Neuroaxitis [Heine-Medin] (Estapé) 793.
— minor bei Epilepsie (D'Abundo) 72.
— minor, experimentelle Untersuchungen (Herman) 619.
— minor und extrapyramidale Erkrankungen (Goldberger) 127.
— minor, hormonale Behandlung (Duzár) 854.
Chromoneuroskopie (Flatau) 528.
Chronaxie-Bestimmung am Nervmuskelpräparat des Frosches (Vogel) 497.
— der Muskeln, Acidose und Alkalosewirkung (de Waele) 148.
— bei Tetanie (Bourguignon) 211.
Chvosteksches Zeichen s. Nervus Facialis-Phänomen.
Cibalgin (Auen) 394; (Leibbrand) 843.
Ciliarneuralgie als epileptisches Äquivalent (Pötzl) 878.
Cisterna cerebello-medullaris, Hypophysensekret im Liquor (Jánossy u. Horváth) 171.
Cisternenpunktion (Sarbó) 386.
Cocain bei Katatonie (Sacristán) 821, 881.
— -Wirkung, zentrale (Offermann) 840.
Cocainismus (Maier) 824.
Colitis, nervöse Störungen (Savignac u. Sarles) 760.
Coma frontale nach Os frontale-Bruch (di Marzio) 329.
Commissurenwege-Degeneration im Gehirn nach Alkoholvergiftung (Stanquitz Cambilargiu) 839.
Conjunctiva und Krausescher Endkolben (Strughold u. Karbe) 147.
Contractur, Acetylcholin-, des Kaltblütermuskels (Schäffer u. Licht) 756.
—, Vergiftungs-, gestreifter Muskeln, Muskelkreatinspiegel (Schwartz u. Oschmann) 756.
Conus-Läsion und Priapismus (Wilson u. Maus) 189.
—, Syphilis (Blum) 872.
Convulsio s. Krämpfe.
Cornea-Sensibilität, Schweregefühl und Schmerzsensibilität (Saffiotti) 624.
— -Sensibilität infolge Trichloräthylen (Rohrschneider) 263.
Corpora amylacea im Gehirn (Omorokov) 361, 833.
Corpus callosum-Defekt (de Lange) 258.
— callosum-Längsbündel (de Lange) 258.
— Striatum-Apoplexie, embolische (Schwartz u. Goldstein) 539.
— striatum-Geschwulst bei epidmischer Encephalitis (Pussep) 673.
— striatum und Pallium, Beziehung (Herman) 355.
— striatum, Status marmoratus (Onari) 70; (Vogt) 790.
— striatum-Syphilis (Lhermitte) 102.
Couéismus und Autosuggestion (Birnbaum) 294.
Cruralneuralgie (André-Thomas u. Phelipeau) 690.
Cubitalgegend, Anatomie (Lubosch) 361.
Cumarin und vegetatives Nervensystem (Bergström) 25.
Cutis verticis gyrata und Neurofibromatosis (van der Valk) 315.
Cyanose, Haut-, bei Akrocyanose, Hautatrophie und Raynaudscher Krankheit (Török) 562.

Digitized by Google

Cyclophrenie, manische Phase, sprachliche und mimische Reflexe bei (Iwanow-Smolensky) 232.
Cyste, Gliom-, in Kleinhirnhemisphäre (Sachs) 425.
—, hypophysäre, und Dystrophia adiposogenitalis (Bravetta) 695.
—, Kleinhirn- (Herzen u. Kljačman) 549.
—, Schweifkern-, und psychische Enthemmungsreaktion (Pötzl) 74.
Cysticercus, Gehirn-, verkalkter, mit Schattenflecken (O'Sullivan) 546.
— -Meningitis und Neurolabyrinthitis (Güttich) 793.
— racemosus cerebralis (Alurralde u. Sepich) 75.

Dämmerzustand nach Alkohol (Décsi) 127.
—, Epilepsie-ähnlich, bei Polycythaemia rubra (Stiefler) 879.
—, episodischer, Symptomatologie (Bernhard) 600.
Darm-Innervation, afferente (Schilf) 269.
Dauernarkose, Somnifen-, bei Schizophrenie (Schmidt) 339.
Dawidsche Bilder, Erklärung und Beschreibung (Margairaz u. Piaget) 380.
Decerebrierung s. Enthirnung.
Degeneration, Kastration bei (Ochsner) 345.
—, schleimige, in senilem Gehirn (Hollander, d', Rubbens u. van Bogaert) 823.
—, Vererbung und Milieu, Beziehung (Ley) 730.
Delirium, Klinik und Psychopathologie (Bruchanskij) 722.
— tremens, Lage und Stellreflex (Hoff u. Schilder) 232.
Dementia paralytica s. Paralyse, progressive.
— paranoides, Meningoencephalitis und Atheromatose bei Syphilis mit (Damaye u. Briau) 68.
— paranoides, nosologische Stellung (Raviart u. Nayrac) 468.
Dementia praecox s. a. Schizophrenie und die einzelnen Formen.
— und Gerichtsarzt (Renon) 881.
— und Imbezillität (Goldblatt u. Raskina) 711.
— und Kriminalität (di Tullio) 881.
—, melancholische (Halberstadt) 719.
—, Nebennierenrinde (Gibbs) 468.
—, Nervensystembefund (Mazzanti) 880.
—, Pathogenese (Mott) 715.
—, Pathohistologie (Schuster) 128.
—, Pseudoödem (Etchepare) 821.
— und Schizophrenie, Vergleich (Claude) 226.
—, Studien (Kure u. Shimoda) 716.
— nach Typhusvaccination (Charpentier) 226, 469.
—, Zirkulation in Händen (Mumford) 719.
Dementia senilis (Schükry) 228.
— senilis und Alzheimersche Krankheit, Beziehung (Nayrac u. Dubruille) 228.
— senilis, hereditäre Disposition (Meggendorfer) 823.
Denken, Fühlen, Vorstellen (Bartlett) 153.
—, Gehirn als Sitz des (Dashiell) 632.
—, reflektives, Nervensubstrat des (Campion) 273.
— und Urteilen beim Kind (Piaget) 635.
Depression, hysterische, Psychanalyse (Feigenbaum) 474.
—, periodische, und Melancholie (Benon) 233.
Dercumsche Krankheit (Stefănesco) 813; (Winkelman u. Eckel) 813.
— Krankheit, Nosologie und Therapie (Jülich) 813.
Dermatitis, Salvarsan-Behandlung (Brill) 814.
Dermatomyositis und Tuberkulose (Grunke) 88.
Desexualisierung und Identifizierung (Müller-Braunschweig) 641.
Determination, spezielle (Düker) 377.
Deviation des Kopfes und extrapyramidale Hypertonie (Niculescu und Bazgan) 49.
Diabetes, Hypophyseveränderungen (Sakakibara) 91.
Diabetes insipidus und Encephalitis epidemica, Beziehung (Babonney u. Lhermitte) 695; (Arend) 570.
—, Hodenextraktbehandlung (Rothmann) 200.
—, hypochlorämischer (Veil) 571.
— und Läsion nervöser Zentren (Nicolesco u. Raileanu) 571.
— und mellitus, neuroglandulärer Apparat (Mogilnizky) 566.
— und membranöse Knochen (Thompson, Keegan u. Dunn) 199.
— mit Ostitis fibrosa polycystica (Heard, Schumacher u. Gordon) 571.
Diabetes mellitus und Lumbalpunktion bei Polyurie (Rathery u. Dreyfus-Sée) 171.
— mellitus bei eineiigen Zwillingen (Kückens) 419.
Diagnose, ärztliche, logische Prinzipien (Mainzer) 646.
—, Differential- (Cabot) 48.
Dial (Leibbrand) 394.
— -Vergiftung, experimentelle (Samejima) 144.
Diaphragma s. Zwerchfell.
Diathermie [Leitfaden] (Laqueur) 398.
— bei Basedowscher Krankheit (Savini u. Ackermann) 806.
— bei Dysbasia angiosclerotica (Scheipner) 197; (Determann) 693.
— der Hypophyse (Grünbaum) 289.
— der Hypophyse und Stoffwechsel (Szenes u. Stecher) 142.
Diathese, exsudative, und vegetatives Nervensystem (Wittgenstein) 90.
—, spasmophile (Wernstedt) 211.
Dickdarmentzündung s. Colitis.
Diencephalon s. Zwischenhirn.
Dienstbeschädigung, Psychopathie, Basedowsche Krankheit und Herzanfälle (v. Schnizer) 600.
Dienstunfähigkeit, Gutachten (Stier) 707.
Digitalis-Präparate und Thyreoidea (Niccolini) 572.
Diphtherie, Akkommodationslähmung (Bourdier) 651.
—, Liquor cerebrospinalis bei Lähmung nach (Fornara) 63.
—, Wund-, Polyneuritis (Reinhold) 801.
Diplegia cerebralis progressiva familiaris und Syphilis congenita (Higier) 103.
Diplopie bei Encephalitis epidemica (Obarrio) 66.
Dipsomanie (Mo) 231.
Dirnenkomplex, Psychologie (Bakker) 510.

Digitized by Google

Divergenzlähmung bei Encephalitis epidemica (Bachstez) 410.
Drehnachnystagmus bei Labyrinth-Ausfall (Güttich) 552.
Druck, Gehirn-, erhöhter, und Pupille (Adrogué u. Balado) 747.
—, intrakranieller, und intravenöse Traubenzuckeranwendung (Peet) 297.
Druckempfindung, tiefe (v. Frey) 624.
Ductus thoracicus-Nerven beim Hund (Lawrentjew) 763.
Dünndarm-Bewegung, Physiologie (Schneller) 28.
Dura mater cerebri, angiomatöse Geschwulst (Gucci) 182.
— cerebri, Innervation (Traum) 133.
— -Endotheliom, Pathologie (Riehl jr.) 404.
— -Geschwulst nach Kopftrauma (Taft u. Strecker) 183.
—, retrobregmatische Ossifikation (O'Sullivan) 546.
— spinalis, cystische Bildungen (Verga) 79.
— spinalis-Geschwulst, Neurinomatose mit (Derman) 556.
— spinalis, neoplastische Tuberkulose (Malerba) 79.
Dural-Abceß nach Lumbalanästhesie (Gross) 433.
Dysarthrie und motorische Aphasie (Noica u. Danulescu) 180.
Dysbasia angiosclerotica, Diathermie (Scheipner) 197; (Determann) 693.
Dyspepsie, nervöse (Curschmann) 603.
Dystonie, deformierende muskuläre (Marotta) 417.
— -Syndrome (Izenko) 540.
—, Torsions- (Beder) 417.
—, Torsions-, nach Encephalitis epidemica (Ammosov) 853.
Dystrophia adiposogenitalis s. a. Fettsucht.
— adiposogenitalis, eunuchoide Behandlung (Schereschewsky) 570.
— adiposogenitalis und hypophysäre Cyste (Bravetta) 695.
— adiposogenitalis bei Infantilismus (Casaubon u. Winocur) 866.
— adiposogenitalis, neuroglandulärer Apparat (Mogilnizky) 566.
— adiposogenitalis, pathologische Anatomie (Smirnov) 447.
— adiposogenitalis und heredogenerativer Zwergwuchs (Hanhart) 832.
—, Fett-, hypophysäre, mit Hyperglykämie und Glykosurie (Shapiro u. Kliatshco) 570.
— musculorum juvenile, und Syphilis congenita, Beziehung (Bolton) 559.
— musculorum, metasyphilitische progressive (Zordan) 701.
— musculorum nach Sympathicus-Exstirpation (Kuré, Tsuji u. Hatano) 522.
— musculorum, vegetative Theorie (Schčerbak) 559.
— pigmentosa (Leschke u. Ullmann) 444.
— mit Sklerodermie (Isola) 561.

Echinokokkuskrankheit (Snapper) 281.
Ehe-Anfechtung, § 1333 BGB. (Reinheimer) 728.
Eidetik, Kritik (Kiesow) 633.
Eidetische Anlage bei Jugendlichen (Karger) 277; (Jaensch) 509.
Eidetische Anschauungsbilder und Binet-Prüfung (Carmichael) 380.
Eierstock s. Ovarium.
Eignungsprüfung bei Jugendlichen (Rüssel) 636.
Einblasung, Sauerstoff-, bei Meningitis tuberculosa (Klinke) 789.
Einsamkeit, phänomenologische Psychologie (Kunz-Binningen) 770.
Einzelprüfungstest (Decroly) 379.
Eisenreaktion von Verkalkungsgebilden im Gehirn (Puccinelli) 611.
Eiweißkörpertherapie s. Proteinkörperbehandlung.
Eklampsie, Ätiologie und Prophylaxe (Hochenbichler) 217.
—, Gehirnblutung (Gammeltoft) 415.
—, kindliche, und Epilepsie, Beziehung (Vilató) 462.
— bei Müttern, Gesundheitszustand der Kinder (Neugarten) 104.
—, Schwangerschafts- (Elwyn) 104.
Ekzem und vegetatives Nervensystem (Luerssen u. Lange) 759.
Elektrische Durchströmung und Erregungsvorgang im markhaltigen Nerven (Schulze) 497.
Elektrischer Schlag, Reaktionsänderung (Miller) 637.
— Strom, Beinlähmung infolge Unfall (Stier) 733.
— Stromtod (Schridde) 707.
Elektrocerebrogramm der Säugetiere (Prâwdicz-Neminski) 13.
Elektrodiagnose seelischer Eigenschaften (Schulte) 151.
Elektrokardiogramm bei Myxödem (Thacher u. White) 577.
Elektrolyte und Muskel der Wirbellosen (Hogben) 843.
— und Sekretionsprozeß (Alpern) 839.
Elektromyogramm willkürlicher Kontraktion des Menschen (Prâwdicz-Neminski) 265.
Elektronarkose und Hirnödem (Jacobi u. Magnus) 13.
Elektrophysiologie, motorische, und sensible Wirkung (Cluzet u. Chevallier) 627.
—, Reizzeit von Induktionsschlägen (Dittler) 148.
— und tetanische Muskelkontraktion (Grund) 627.
Elektrotherapie (Berliner, Laqueur u. Tobias) 844. (Weiß) 844.
— bei Basedowscher Krankheit (Vignal u. de Prades) 96; (Delherm u. Laquerrière) 697.
Embolie, Corpus striatum-Apoplexie infolge (Schwartz u. Goldstein) 539.
Emetinpolyneuritis (Beretervide u. Pozzo) 442.
Emotion, Psychotonie und Psychotherapie (Zeehandelaar) 846.
Emotionelle Reaktion, Messung (Wechsler) 374.
Empfindung, Druck-, tiefe (v. Frey) 624.
Empfindungsmannigfaltigkeiten, geometrische Darstellung (v. Kries) 623.
Empfindungsqualitäten von Nasen- und Larynx-Schleimhaut (Schriever u. Strughold) 624.
Encephalitis, amyostatische, Blutzuckertoleranz (Raphael, Searle u. Ferguson) 535.
— congestiva bei Keuchhusten (Bonabau. Leunda) 673.

Digitized by Google

Encephalitis, enzootische, beim Schaf (Beck) 331; (Beck u. Frohböse) 877.
Encephalitis epidemica (Browning) 65; (Neal, Jackson u. Appelbaum) 174; (Chalmers) 401.
— und Abdominalleiden, Differentialdiagnose (Ravalli) 536.
— acuta, atypische Formen (Weimann) 300.
—, Ätiologie (Jahnel) 850.
—, Ätiologie und Epidemiologie (Krontowskij) 666.
—, amyostatische Syndrome (Graziani) 66.
—, atypische und maskierte (Neel) 533.
— und Augenerkrankungen (Morax) 410; (Thomsen) 669.
—, paradoxe Augenerkrankung (Paulian) 66.
—, Augenlid-Synkinese (Leschtschenko) 670.
—, assoziierte Augenmuskellähmung (Cantonnet) 669.
—, Augenzwangsbewegungen und psychische Störungen (Bertolani) 411.
—, Behandlung (van Bogaert) 537.
—, Blutzuckerkurve (Kasanin u. Grabfield) 672.
—, chronisch amyostatische, Atropin-Empfindlichkeit (Bremer) 534.
— in Dänemark (Neel) 412.
— und Diabetes insipidus, Beziehung (Arend) 570.
—, Diagnostik (Bouman u. Janzen) 174.
—, Diplopie (Obarrio) 66.
—, Divergenzlähmung (Bachstez) 410.
—, epileptiforme Abart (Minz) 302.
— und Eunuchofeminismus mit Parkinsonismus (Korst) 176.
—, exogener Reaktionstyp (Bonhoeffer) (Kafka) 536.
—, extrapyramidales Syndrom (Ottonello) 671.
—, Gangstörungen (Pienkowski) 852.
— und Gehirngeschwulst (Rabinowitsch) 185; (Budagova) 422.
— mit Gehirngeschwulst und Corpus striatum-Geschwulst, Differentialdiagnose (Pussep) 673.
— mit vasomotorischen Hautreflexstörungen (Salkind) 302.
— im roten Heer (Bernhof) 409.
— und Helminthiasis (Sartorelli) 413.
— Hemianopsie (Bychowski) 302.
— und Hemiplegia alternans des Abducens (Stella) 66.
— und Herpes simplex, Beziehung (Baló) 748.
— und Hundestaupe, Beziehung (Lewy u. Fränkel) 618.
— mit hyperkinetischem Typ (Veillet) 668.
— in Japan (Kaneko) 65; (Uchiyama) 667.
— bei Jugendlichen, Charakterstörungen (Agostini) 672.
— und Katatonie (Stertz) 67.
—, katatoniforme und schizophrene Syndrome (Morselli) 411.
— beim Kind (Acuña) 67; (Berghinz) 177; (Bloise u. Beisso) 673; (Pelewin) 853.
— beim Kind, Charakterentartung (Weidner) 177.
— beim Kind, psychische Störungen (Vermeylen) 536.
— beim Kind, Psychose (Andreew) 177.
Encephalitis epidemica, klinische Beiträge (Gurewitsch u. Tkatschew) 302.
— und Konstitution (Stern u. Grote) 65.
—, Krampfzustände (Sterling) 411.
—, Krankheitsformen nach, Therapie (Paasche) 177.
— nach Kuhpockenimpfung (van Bouwdijk Bastiaanse) 69.
—, Liquor cerebrospinalis (Hancock) 672.
—, Liquorzucker (Halliday) 176.
—, sekretorische und motorische Magenfunktion (Busik u. Mitnitzky) 648.
—, bikolorierte Mastixreaktion (Thurzó) 406.
—, meningeale (Martin) 300.
— in Moskau (Tarassevič) 532.
—, Myelo-Radiculo-Polyneuritis (Margulis) 671.
— und Narkolepsie (Stiefler) 534.
— und Nervus-Facialis-Lähmung, Beziehung (Thomas u. Rendu) 441.
— in Nižnij-Novgorod (Pissnjacevskij) 532.
— und nucleäre Ophthalmoplegie (Pascheff) 535.
—, Otolithenerkrankung (Wotzilka) 536.
—, Parkinsonismus (Zingerle) 176; (Nobécourt) 534; (Marguglio) 535.
—, Parkinsonismus, akuter (Leroy) 301; (Eschbach) 301.
—, Parkinsonismus, Anatomie und Pathogenese (Četverikov) 531.
—, Parkinsonismus nach, Autopsie (Urechia u. Elekes) 671.
—, Parkinsonismus nach, Gliedmaßencontractur (Magni) 852.
—, Parkinsonismus nach, Makrobasie (Šebek) 670.
—, Parkinsonismus nach, motorische Reizerscheinungen (Nyssen u. van Bogaert) 175.
—, Parkinsonismus nach, Neuronenzerstörung (McKinley, Charnley u. Gowan) 37.
—, Parkinsonismus und Palilalie (Agostini) 670.
—, Parkinsonismus nach, psychische Erkrankungen (Křivý) 673.
—, Parkinsonismus nach, psychologisches Profil (Kwint) 67; (Quint) 671.
—, Parkinsonismus nach, psychometrische Untersuchungen (Gozzano) 301.
—, Parkinsonismus nach, Quecksilber-, Jod- und Arsenbehandlung (Berezowski) 537.
—, Parkinsonismus nach, und vertikaler Blickkrampf (Pappenheim) 410.
—, Pathogenese (Salzmann) 68.
—, experimentelle Pathologie (Ssolowjev) 618.
—, pathologische Anatomie (Omorokov) 303.
—, pathologische Anatomie und Pathogenese (Buscaino) 668; (De Lizi u. Businco) 668.
—, Polyurie nach (Latkowski u. Artwiński) 66.
—, psychische Erscheinungen (Auden) 672.
—, Pulsunregelmäßigkeit (Hanneman) 411.
—, Pupillenphänomen (Westphal) 535.
— in Rußland (Kuljkov) 669.
— und Schlaf (Trömmer) 175; (Salkind) 533.
—, Seitenwenderbahnen in Brücke bei (Bartels) 2.
— mit äußeren Sekretionsstörungen (Maslov) 536.
—, Spätsyndrome (Navarro) 67; (Borgherini) 412.
—, Tic und Synkinese (Vedel, Puech u. Vidal) 670.

Digitized by Google

Encephalitis epidemica und menschliche Tollwut, anatomische Veränderungen (Schükri u. Spatz) 105.
—, Torsionsdystonie (Ammosov) 853.
—, Virus (Perdrau) 667.
—, Virusvaccine bei (Le Fèvre de Arric) 303.
—, Zwerchfelltic (Gamble, Pepper u. Muller) 175.
Encephalitis, Epidemie im Anschluß an (David u. Dekester) 669.
— herpetica beim Kaninchen, klinische Formen (Remlinger u. Bailly) 749.
— herpetica, Übertragung auf Kaninchen (Remlinger u. Bailly) 749.
— herpetica, Übertragung auf Katze (Remlinger u. Bailly) 750.
—, Meningo-, und Atheromatose bei Syphilis mit paranoider Demenz (Damaye u. Briau) 68.
—, Meningo-, diffuse, akute, syphilitische (Margulis) 699.
—, Meningo-, haemorrhagica malariae (Higier) 674.
—, Meningo-, beim Kind (Brock) 524.
—, Meningopolio- (Cornwall u. McKendree) 68.
—, Milzbrand- (Urechia u. Elekes) 409.
—, Milzbrand-Meningo- (Paso u. Barni) 409.
—, opsomyoklonischer Symptomenkomplex (Mikulowski) 186.
— periaxialis diffusa (Kraus u. Weil) 178.
—, postinfektiöse, Behandlung (Anfimov) 538.
—, postvaccinale, Ätiologie (Kraus u. Takaki) 408.
—, Spontan-, des Kaninchens (Bonfiglio) 877.
—, syphilitische, Diabetes insipidus (Babonneix u. Lhermitte) 695.
—, Trichinosis- (Hassin u. Diamond) 538.
— tuberkulosa (Urechia u. Elekes) 68.
—, Vaccine-, beim Menschen (Lucksch) 260.
—, Varicellen-, bei Schwangerschaft (Debré, Lévy-Sokal, Netter u. Longchampt) 409.
—, vergleichende Anatomie (Joest) 851.
Encephalitozoon (Woodcock) 413.
Encephalogramm eines traumatischen Epileptikers (Langelüddeke) 459.
Encephalographie (Ossinskij) 281; (Foerster) 388; (Wartenberg) 390.
— bei Gehirnerkrankungen (Bruskin u. Frenkel) 282.
Encephalomeningeale Form des cyclischen Erbrechens (Portu Pereyra) 673.
Encephalomyelitis, Meningo-, fieberhafte syphilitische (Margulis) 870.
Encephalopathia, angeborene, und Myopathie (Mouriquand u. Bernheim) 560.
— postgripposa durch Nicotin und Tremor (Herrmann u. Wotke) 413.
Enchondrom des Sinus sphenoidalis, und oculohypophysäres Syndrom (Lupo) 569.
Endokrine Drüsen s. a. die einzelnen endokrinen Drüsen und innere Sekretion.
— (Cannon u. Britton) 98; (Bulateo u. Cannon) 99; (Bychovskij) 694.
— und Achondroplasie (Rossiysky) 864.
— bei nicht endokrinen Störungen (Villa) 694.
— -Erkrankungen, Geschlechtshormon [Manoilow] (Popow) 808.
— -Erkrankungen bei Syphilis congenita (Cedercreutz) 456.
Endokrine Drüsen und Geistesstörung (Prior) 444.
— vor Geschlechtsreife (Kern) 197.
— und Habitus beim Kleinkind (Glanzmann) 90.
—, Inkretwirkung (Abderhalden) 197.
—, Röntgen- und Organtherapie (Borak) 754.
— und Stoffwechsel (Cannon) 565.
— und tubero-infudibuläre Zentren, Beziehung (Salvatore) 198.
— und Wachstum (Szondi) 565.
Endokrine Dystrophie und Pigmentation (Leschke u. Ullmann) 444.
Endokrinologie und Psychiatrie (Ssereiskij) 654.
— und Psychologie (Pende) 197.
Endotheliom, Dura mater-, Pathologie (Riehl, jun.) 404.
—, Fibro-, des Nervus opticus (di Marzio) 53.
Energieumsatz s. Stoffwechsel, Energie-.
Entartung, progressive (Hoffmann) 832.
Entartungsreaktion bei cerebraler Muskelatrophie (Albrecht) 901.
Enthirnung beim Hund, Cheyne-Stokesches Atmen (Pachon u. Delmas-Marsalet) 619.
— bei Katze, Blutzucker (Bazett, Tychowski u. Crowell) 14.
— beim Tier, Kniephänomen (Ballif, Fulton u. Liddell) 139.
Enthirnungsstarre nach Sympathicus-Entfernung (Meek u. Crawford) 139.
Entwicklungsgeschichte des Menschen [Lehrbuch] (Corning) 129.
Entwicklungshemmung, psychische, frühkindliche Motorik und Athetose, Beziehung (Bostroem) 178.
Entwicklungsstörungen, Gehirn-, (Ostertag) 10.
Entzündung, Knochengeneration und Nervensystem, Beziehung (Felix) 257.
Enuresis (Ochsenius) 524.
— nocturna, Behandlung (Freud) 59.
Eosinophilie nach Vagusreizung (Hajós, Németh u. Enyedy) 759.
Ependym-Geschwulst (Bailey) 423.
Ependymom des Seiten- und 4. Ventrikels (Hirsch u. Elliott) 547.
Epidemie, psychische, nach dem Krieg (Somogyi) 128.
Epigenesis (Kronfeld) 241.
Epiglottis-Lähmung (Marx) 86.
Epikonus-Läsion (Sselezkij) 556.
Epilepsia partialis continua (Choroško) 710.
— partialis continua [Kojecnikow], Chirurgie (Beresnegovski) 464.
Epilepsie -ähnlicher Dämmerungszustand bei Polycythaemia rubra (Stiefler) 879.
— -ähnliche Encephalitis epidemica (Minz) 302.
—, Alopecia areata bei (Herman) 221.
— -Anfall, Ätiologie (Nielsen) 219.
— -Anfall, Genese (Georgi) 220.
—, Behandlung (Fischer u. Thurzó) 707.
—, Chorea minor bei (D'Abundo) 72.
— und Ciliarneuralgie (Pötzl) 878.
—, essentielle, Chirurgie (Božović) 112.
—, essentielle, und perikarotide Sympathektomie (Bojovitch) 880.
—, experimentelle (Jelenkiewicz) 591.
—, Gardenalbehandlung (Robles Gorriti) 593.

Digitized by Google

Epilepsie, Gehirnluftfüllung (Trömmer) 282.
— und Gehirnsyphilis, Beziehung (Stuchlik) 456.
—, Genese (Jelenkiewicz) 462.
—, genuine, kausale Behandlung (Toporkov) 463.
—, genuine, Pharmakotherapie (Vondráček) 464.
—, Glykosebehandlung (Wladyczko) 879.
—, Hyperventilation (Mainzer) 112.
—, Hystero- (Bleuler) 236; (Galant) 605.
—, Jackson-, infolge Thyroideacarcinom (Overhamm) 73.
—, Jackson-, nach Trauma (Leriche u. Wertheimer) 218.
—, Jackson-, Kautschukprothese (Guillemin) 291.
— und Insulinkrämpfe (Cuneo) 592.
—, Kastration bei (Öchsner) 345.
—, Kinder-, und Syphilis congenita (Gareiso) 332.
— und kindliche Eklampsie, Beziehung (Vilató) 462.
—, Korrekturmethode (Wassiliev) 879.
—, Kraft- und Gewandheitsleistungen (Volland) 462.
— oder Krampfhysterie (Rouquier u. Vuillaume) 593.
—, Lactobacillus acidophilus (Kopeloff, Lonergan u. Beerman) 332.
—, Liquor cerebrospinalis (Hamilton) 463.
—, Liquor cerebrospinalis-Druck (Dalma) 463.
—, Luminalübergang in Milch von Mutter bei (Frensdorf) 873.
— und Migräne (Redlich) 333.
—, motorische Phänomene (Volland) 111.
—, galvanische Muskelerregbarkeit (Hopmann) 593.
— mit Myoklonie (Pelnář) 588.
—, ökonomische Behandlung (Weygandt) 464.
—, Pathogenese und Klinik (Ratner) 592.
—, Pathologie (Radovici) 708.
—, Peptidasenhaushalt (Pfeiffer, Standenath u. Weeber) 331.
—, Psychanalyse (Gilles u. Carriat) 593.
— nach Schädelschuß (Fuchs) 816.
— nach Scharlach (Balassa) 127.
— bei multipler Sklerose (Wilson, Kinnier u. Macbride) 191.
— und Sterilisation (Smith) 333.
—, Stoffwechsel (Vollmer) 220; (Wildermuth) 220, 710; (De Crinis) 709.
—, striäre (Wimmer) 540.
—, Sympathicus bei (Langeron) 111.
— und Tetanie (Sachs) 904.
—, traumatische (Pólya) 590.
—, traumatische, Chirurgie (Davidović) 219; (Rosonov) 704.
—, traumatische, Encephalogram (Langelüddeke) 459.
—, weibliche (Heberer) 462.
— und Wochenbett (Toulouse u. Marchand) 708.
Epileptiforme Krämpfe bei Paravertebralanästhesie am Halse (Römcke) 649.
Epiphyse bei Ratte, innere Sekretion (Hofmann) 570.
—, Verkalkung (Léri u. Layani) 448.
Episodische Dämmerzustände, Symptomatologie (Bernhard) 600.
Epitheliom, papilläres, des Plexus chorioideus (Noodt) 75.
Epithelkörperchen s. Parathyreoidea.
Erbanalyse musikalischer Begabung (Mjöen) 831.
Erblichkeit s. Vererbung.
Erbmerkmale des Kindes und Elternschaftsdiagnose (Fetscher) 347.
Erbrechen, cyclisches, encephalomeningeale Form (Portu Pereyra) 673.
Erbsyphilis s. Syphilis congenita.
Erfinderwesen, Psychologie und Organisation (Sommer) 33.
Ergograph [Lehmannscher] zur Arbeitsleistungsuntersuchung (Ráth) 128.
Ergotamin bei Basedowscher Krankheit (Adlersberg u. Porges) 204.
Erhaltungsumsatz s. Stoffwechsel.
Ermüdung, Muskel- (Meyerhof u. Lohmann) 757.
— bei statischen Leistungen (Levinger) 506.
Ernährung bei Basedowscher Krankheit (Sturgis u. Greene) 451.
— und Nervensystem-Erkrankung (Büchler) 127.
Eros, Philosophie (Barthel) 640.
Erregung und Hemmung (Pawlow) 373.
—, psychische, und Blutdruck (Tigerstedt) 770.
—, psychische, jugendlicher Krimineller (di Tulli) 120.
—, psychische, und Stoffwechsel (Landis) 274.
Erregungsleitung-Querkomponente im Nerven (Keller u. Gicklhorn) 265.
Erweichungsherde in Stammganglien (Borremans) 415.
Erythrocyten-Vermehrung bei Malariabehandlung (de Rudolf u. Ramsay) 225.
Erythrocytensenkungsgeschwindigkeit (Schnitter u. Paris) 104.
— bei Psychose (Lokšina) 654.
Erythromelalgie (Achard) 693.
Erziehung Geisteskranker (Ryon) 397.
Erziehungsbedürfnis des Kindes (Göppert) 382.
Erziehungsfürsorge in Österreich (Winkelmayer) 248.
Eugenik und ärztlich indizierter Abort (Hirsch) 894.
Eukodalismus und Gesetz (Mueller-Roland) 471; (Friedländer) 721.
—, Tod infolge (Lemperg) 702.
Eunuchofeminismus mit Parkinsonismus nach epidemischer Encephalitis (Korst) 176.
Eunuchoidismus mulierum verus connatus (Galant) 453.
—, weiblicher (Izzo) 207, 699.
Exhibitionismus (Bernhard) 600.
—, Psychopathologie (Karpman) 600.
Exogene Reaktionsform in Psychiatrie (Bumke) 653.
Exogener Reaktionstyp [Bonhoeffer] bei Encephalitis epidemica (Kafka) 536.
Experimental-psychologische Forschung (Löwenstein) 636.
Extensionsstarre und Großhirnrinde-Läsionen bei Katze (Olmsted u. Logan) 138.
Extensorenzeichen bei Bleivergiftung (Heim de Balsac, Agasse-Lafont u. Feil) 327.
Extradural-Abceß, otogener, in Schädelgrube, sensorische Aphasie (Büch) 678.

Digitized by Google

Extrapyramidale Anfälle (Gurewitsch u. Tkatschew) 302.
— Bewegungsstörungen, Behandlung (Albrecht) 855.
— Hypertonie und Deviation des Kopfes (Niculescu u. Bazgan) 49.
— Prozesse, Quecksilber-, Jod- und Arsenbehandlung (Berezowski) 537.
— Syndrome (Wimmer) 540.
— Syndrome bei Encephalitis epidemica (Ottonello) 671.
— Zentren bei Schizophrenie (Nagasaka) 821.
Extremitäten-Lähmung, periodische (Shinosaki) 869.
— und Nervensystem bei Rana fusca (Dürken) 489.

Fähigkeit, Gruppierung nach (Brooke) 157.
Färbung, Nervenfaser-, mit Methylenblau (Balabanow) 136.
—, vitale, des Auges und gefärbte Nervenelemente (Strughold u. Karbe) 147.
Familiäre Psychose (Rojas u. Belbey) 233.
Familienforschung und Vererbung bei Goethes Ahnen (Reichel) 731.
Familienpflege Geisteskranker (Berkeley-Hill) 245.
Farbwürfeltest, Eichung (Hutt) 155.
Fasciculus longitudinalis medianus im Rombencephalon (Schaltenbrand) 739.
Faszination, pathologische (Schmitz) 601.
Fechner, Gustav Theodor (Hermann) 725.
Feersche Neurose des vegetativen Systems beim Kleinkind (Ihm) 474.
Feil-Klippel Syndrom (Noble u. Frawley) 796.
Felsenbein s. Os petrosum.
Fetischismus (Vondráček) 343.
—, Schrift-, vor Gericht (Dyrenfurth) 601.
Fettbefunde im Gehirn fetaler und neugeborener Tiere (Berberich u. Bär) 8.
Fettkörnchenzellen und Markscheidenentwicklung (Berberich) 737.
Fettsucht s. a. Dystrophia adiposogenitalis.
— (Bauer) 814.
—, endokrine und cerebrale (Oswald) 322.
— bei Gehirnkrankheiten (Nobécourt) 91.
—, hypophysäre, Persönlichkeitsmerkmale (Riese) 447.
— und Invalidität (Lehmann) 322.
Fibrilläre Zuckungen, pathologische Physiologie (Triantaphyllos) 54.
Fibroendotheliom, Nervus Opticus- (di Marzio) 53.
Fibrom, neurogenes, klinisch, pathologisch-anatomische Beziehung (Ehrlich u. Derman) 10.
Fieberbehandlung, Milch-, bei gehemmter Psychose (Böhmig) 295.
— bei progressiver Paralyse, Liquor cerebrospinalis-Reaktion (Georgi u. Münch) 173.
Fissura pterygopalatina (Birkholz) 483.
Fistel, Labyrinth-, vestibulare Erregbarkeit (Charousek) 550.
Flimmerskotom bei Migräne (Beyer) 312.
Flockungsreaktion zur Syphilis-Serodiagnose (Klopstock) 405.
Fluor albus, Psychogenese (Mayer) 474.
Foramen mastoideum (Inumaru) 483.
Foramina Luschka bei Gehirnerkrankung und Psychose (Bateman) 257.
Formdeutversuche, Rorschachsche- (Löpfe) 379.
Fossa pterygo-palatina-Geschwulst (Undelt) 863.
— sphenomaxillaris (Birkholz) 483.
Fraktur, Schädel-, Röntgenbild (Stewart) 816.
—, Schädelbasis-, (Mazel u. Robin) 815.
Framboesie (Jahnel u. Lange) 253.
Frau, ledige, Probleme (Timerding) 638.
Freudsche Psychologie (Mc Dougall) 46.
Friedreichsche Krankheit s. Ataxie, cerebellare.
Fröhlichscher Symptomenkomplex s. Dystrophia adiposogenitalis.
Froinsches Syndrom bei syphilitischer Radiculitis (Delbeke u. van Bogaert) 214.
Fronto-temporalis-Region, subdurales Hämatom (Horniček u. Janota) 704.
Fühlen, Vorstellen, Denken (Bartlett) 153.
Führerproblem und Psychopolitik (Rogge) 641.
Fürsorge-Erziehung und -Anstalten (Rosenhaupt) 608.
—, Erziehungs-, in Österreich (Winkelmayer) 248.
— für Geisteskranke und geistig Anomale (Vervaeck) 125.
— für Geisteskranke und Psychopathen (Roemer) 732; (Vervaeck) 733.
—, Irren-, Gesetz (Schwabe) 896.
—, offene, und Irrengesetz (Kolb) 895.
—, Psychopathen- (Böhner) 126.
— für Schwachsinnige und Verwahrloste (Lafora) 607.
—, soziale, und Psychiatrie (Truitt) 124; (Dreikurs) 125.
—, soziale, für psychisch Anomale (Birnbaum) 243.
Fürsorgegesetz, Trinker-, deutsches (Snell) 825.
Fürsorgestelle für Gemüts- und Nervenkranke in Frankfurt (Raecke) 124.
Fürsorgezöglinge und Inzest (Stelzner) 891.
Furcht, Herz-, Atmungs- und elektrische Erscheinungen infolge (Blatz) 275.
Fuß, Hänge-, Operation (Willis) 784.
—, Hohl-, Behandlung (Schulze-Gocht) 784.
Fußklonus (Pereira) 30.
—, cutane Abwehrreflexe (Rouquier u. Couretas) 503.

Gähnen, symptomatische Bedeutung (Neißer) 164.
Gallensteine s. Cholelithiasis.
Galvanische Reaktion, psycho- (Wechsler) 771.
— Reaktion, psycho-, anästhesierter Tiere (Aveling u. McDowall) 771.
Gang, Psychodiagnose (Sombor) 128.
Ganglien, Basal-, Genese (Kuhlenbeck) 739.
—, Basal-, Verkalkung (Hurst) 610.
—, Spinal-, von Beriberi-Vögeln (Ma) 141.
—, Stamm- (Kleist) 541.
—, Stamm-, Erweichungsherde (Borremans) 415.
—, Stamm-, der Wale (Riese) 132.
—, sympathische, Histologie (Terplan) 612.
Ganglion, acusticum bei Anuren (Tokura) 486.
— cervicale superius (Tokura) 741.
— cervicale superius, Frequenz nervöser Impulse vor und nach dem Passieren des (Veach u. Pereira) 266.

Digitized by Google

Ganglion, faciale, bei Anuren (Tokura) 486.
— Gasseri-Erkrankung, Herpes zoster nach (Szathmáry) 442.
— Gasseri-Geschwulst (Gjertz u. Hellerström) 314; (Hagens) 548.
— Gasseri, Morphologie (Frazier u. Whitehead) 741.
— sphenopalatinum-Neuralgie (Fisher) 85.
— sphenopalatinum und Singultus, Beziehung (Rehfeldt) 281.
— submaxillare und Ramus phyngeus (Catania) 3.
— thoracicum bei Vögeln (Terni) 2.
Ganglioneuron des Gehirns, multiples (Bielschowsky) 315.
Gangrän, symmetrische s. Raynaudsche Krankheit.
Gangstörung bei Encephalitis epidemica (Pienkowski) 852.
Gardenal bei Epilepsie (Robles Gorriti) 593.
Gasaustausch in Geweben und Höhenklima (v. Schroetter) 844.
Gassersches Ganglion s. Ganglion, Gasseri.
— Syndrom und Sphenopalatines (Worms) 648.
Gasstoffwechsel s. Stoffwechsel, Gas-.
Gastrische Krisen, Chordotomie wegen, und Isothermognosie (Sicard, Haguenau u. Lichtwitz) 400.
Gastrointestinale Erkrankung bei Geisteskranken (Stanojević) 655.
Gasvergiftung (Flury) 874.
—, Kohlenoxyd-, labyrinthärer Schwindel (Löwy) 702.
Geburtstrauma, Gehirn- und Schädel-Blutungen infolge (Schwartz u. Fink) 589.
Gedächtnis und Intelligenz (Lee) 276.
— -Übung (Gates u. Taylor) 376.
—, visuelles, bei Schülern (Bergemann) 634.
Gedankenübertragung s. Telepathie.
Gefäße s. Blutgefäße.
Gefühl, biologische Bedeutung (Kortsen) 507.
—, Gleichzeitigkeit und Lokalisationsmöglichkeit (Wohlgemuth) 507.
Gefühlsleben überbegabter Kinder (Kenworthy) 375.
Gehirn s. a. die einzelnen Abschnitte des Gehirns.
— -Abceß s. Abceß, Gehirn-.
— -Anämie, experimentelle Untersuchungen (Anitschkow) 747.
— -Architektur von Gelehrten (Kapustin) 743.
— -Arterien bei Gelehrten (Gindze) 743.
— -Arterien, Sympathicotonus der, bei Schwangerschaft (Muck) 26.
—, autonomes, im Mittelhirn (Dezwarte) 12.
— -Bau, Studien (van Bogaert) 1.
— -Cholesteatom, Pathologie (Kakeshita) 423.
— -Cholesteatom beim Pferd (M'Fadyean) 462.
— -Degeneration und Gehirngeschwulst, Differentialdiagnose (Riley u. Elsberg) 545.
— und Denken (Dashiell) 632.
—, Eisenreaktion von Verkalkungsgebilden im (Puccinelli) 611.
—, Entwicklungsstörungen (Ostertag) 10.
— -Entzündung bei Rindern (Stedefeder) 110.
— -Erkrankung bei Blutdrucksteigerung (Dumas) 64.
— -Erkrankung und Fettsucht (Nobécourt) 91.
Gehirn-Erkrankung, Foramina Luschka bei (Bateman) 257.
— -Erkrankung bei Hypertension (Lian u Barrieu) 647.
— -Erkrankung, hypophysäre, Röntgenuntersuchung (Audan u. Knentz) 804.
— -Erkrankung bei amyotrophischer Lateralsklerose (van Bogaert) 189.
— -Erkrankung, latente, und Menstruation (Hoff 385.
— -Erkrankung, Leitungsbahnen des Kleinhirn bei (Tschernyscheff) 11.
— -Erkrankung bei angioneurotischem Öden (Kennedy) 563.
— -Erkrankung, organische, Hyperkinese (Zingerle) 176.
— -Erkrankung, sekretorische und motorische Magenfunktion (Busik u. Mitnitzky) 648.
— fetaler und neugeborener Tiere, Fettbefunde (Berberich u. Bär) 8.
—, Formprobleme (Riese) 744.
— nach Gallensteinoperation (Neubürger) 911.
— -Ganglien, basale, Verkalkung (Hurst) 610.
—, Innervationsvorgang im (Prawdicz-Neminski) 13.
— -Kolloiddegeneration (Urechia u. Elekes) 7.
— -Läsion, Haut und Genitalien der Kröte nach (Giusti u. Houssay) 492.
— -Malaria, Behandlung (Cordes) 674.
— -Malaria, tropisch perniciöse (Higier) 674.
—, Neurofibromatosis (Steurer) 860.
— -Ödem und Elektronarkose (Jacobi u. Magnus) 13.
— -Ödem und Liquor cerebrospinalis (Magnus) 173.
—, Orang-, Menschenähnlichkeit (Riese) 744.
— -Pathologie und Psychiatrie (Leyser) 48.
— -Radiowellen und telepsychische Phänomene (Cazzamalli) 47.
—, Reparationsvorgänge (Wilson) 610.
— -Sarkomatose (Fried) 858.
—, seniles, schleimige Degeneration (d'Hollander, Rubbens u. van Bogaert) 823.
— -Sklerose, familiäre, diffuse, beim Kind (Scholz) 456.
— -Stoffwechsel (Holmes) 261.
— -Syphilis (Guiraud) 102.
— -Syphilis und Epilepsie, Beziehung (Stuchlik) 456.
— -Syphilis, Malariabehandlung (Skalweit) 225.
— -Syphilis, nekrotisierende Form (Herschmann) 583.
— -Syphilis und progressive Paralyse (d'Hollander u. Rubbens) 337.
— -Teratom (Derman) 858.
— -Trauma und Arbeitsversuch (Kutzinski u. Heinrich) 511.
— -Trauma und Kriminalität 476.
— -Ventrikel, Funktion (Austmann u. Moorhouse) 140.
— -Veränderung, elektive, Pathogenese (Spielmeyer) 609.
—, Vertebraten-, Entwicklungsgeschichte (Haferl) 357.
— -Zusammensetzung (Lematte u. Beauchamp) 142.

Digitized by Google

Gehirnbasis, Geschwulst (Sosman) 859.
—, Zwischen-, und Hypophyse, Faserverbindung (Greving) 739.
Gehirnblutung s. Blutung, Gehirn-
Gehirndruck, erhöhter, und Pupille (Adrogué u. Balado) 747.
—, Pupillendifferenz (Adrogué u. Balado) 280.
Gehirnfurchen, Morphologie (Genna) 481.
— und -Windungen (Troizkaja) 482.
Gehirngebrechlichkeit begabter Kinder (Heuyer) 600.
Gehirngeschwulst s. Geschwulst, Gehirn-
Gehirngewebe- Reaktion auf Lipoidfraktionen (Bender) 364.
Gehirnhäute s. Meningen.
Gehirnhemisphären-Funktion, Sprache, Rechnen und Musik, Beziehung (Henschen) 490.
—, gegenseitiger Einfluß (Wysocki u. Zbyszewski) 617.
—, pigmentiertes Gliom (Wolff) 859.
Gehirnkammer-Drainage, infratemporale, bei Hydrocephalus internus (Vana) 663.
Gehirnnerven-Erkrankung nach Lumbal-Anästhesie (Blaschke u. Herrmann) 64.
— -Lähmung [Colletsches Syndrom] infolge Hinterhauptsbruch (Rebattu u. Bertoin) 313.
— -Lähmung [5—12] mit Halssympathicus-Lähmung (Juarros u. Prada) 313.
— -Lähmung infolge tuberkulöser Granulation an Schädelbasis (Brief) 304.
—, multiple, Lähmung infolge Zylindrom (Sargnon u. Mayoux) 86.
— [4 letzte] nach Hinterhauptsfraktur (Rebattu u. Bertoin) 800.
—, [4 letzte] Läsion (Feldmann) 800.
—, letzte, und Nervus Facialis-Läsion (Casella) 441.
Gehirnnervenpaar, [8] Meningo-Neuritis, infolge Syphilis (Ramadier) 583.
Gehirnrinde, Cytoarchitektonik (v. Economo u. Koskinas) 484.
— -Gewicht der Rassen und Asymmetrie der Hemisphären (Ariëns Kappers) 743.
— -Trauma, experimentelles, Pyramidenzellenveränderung (Miskolczy) 746.
Gehirnschenkel (D'Abundo) 491.
Gehirnstamm-Arterien (Foix u. Hillemand) 359.
— -Arterien, Verschluß (Wilder) 178.
— und psychischer Antrieb (Berze) 506.
Gehirnsubstanz-Hernien, multiple (Franz) 7.
—, Verschleppung innerhalb Gefäßsystem (Merkel) 834.
Gehirnwindung (Economo) 742.
Gehörgang, innerer, Geschwulst (Hagens) 548.
—, vasomotorische Störungen (Démétriades) 26.
Gehörorgan-Geschwulst (Fischer) 431.
Gehörstörung, psychogene (Steurer) 860.
Geisteskranke s. a. Psychose.
Geisteskrankenpflege [Lehr- und Handbuch] (Faltlhauser) 479.
Geisteskrankheit s. Psychose.
Geistesschwäche und cerebellare Ataxie (Nyssen) 77.
Geistesstörung s. Psychose.
Geistige Arbeit, Kurve (Sante de Sanctis) 772.
Geistige Defekte, klinische Untersuchungen (Easterbrook) 164.
— Hygiene, Prophylaxe (Vidoni) 606; (Zacharov) 606.
— und motorische Insuffizienz beim Kind (Čugunov) 710.
— Prophylaxe beim Kind (Heuyer) 247.
Gelehrte, Gehirnarchitektur (Kapustin) 743.
—, Gehirnarterien (Gindze) 743.
Gelenkerkrankung, Behandlung 398.
Gemeingefühle, Physiologie (Goldscheider) 264, 265.
Gemeinschaftsleben, Instinkt, Gewohnheit und Intelligenz (Eldridge) 771.
Gemütsbewegung (Bridges) 375.
— und Energiestoffwechsel (Deutsch) 45.
— und Trieb (Larguier des Bancels) 38.
Gemütskranke, Frankfurter Fürsorgestelle (Raecke) 124.
Genitalfunktion, weibliche, und psychische Störungen (Rosenthal) 830.
Genitalhormon [Manoilow] bei endokrinen Erkrankungen (Popow) 808.
— und vegetatives Nervensystem, Beziehung (Prichodjkova) 808.
Genitalien, weibliche, Infantilismus und Psyche, Beziehung (Bychowski) 235.
Genpathologie (Bauer) 730.
Genußgift, Psychologie (Juliusburger) 382.
Gerodermie, ovardystrophische (Izzo) 699.
Geruchssinn, Physiologie (von Skramlik) 623.
Geschlecht und Anlagefaktor bei Krankheiten (Draper) 829.
— und Gesellschaft in der Zeit der Menschwerdung (Hofschlaeger) 37.
Geschlechter, Sinn und Wesen (Meyer) 637.
Geschlechts . . . s. a. Sexual . . .
Geschlechtsdrüsen- Antagonismus und experimenteller Hermaphroditismus (Lipschütz) 578; (Lipschütz, Tiitso, Švikul u. Vešnjakov) 578; (Lipschütz u. Voss) 578.
— -Behandlung, Dosierung (Kauders) 396.
— und Geschlechtscharaktere, Beziehung (Zukker) 807.
— und Hypophyse (Nukariya) 206.
—, männliche und weibliche, Antagonismus (Pettinari) 206.
—, innere Sekretion (Lipschütz) 320.
— und Stoffwechsel (Korenchevsky u. Carr) 320.
Geschlechtsentwicklung, vorzeitige, infolge Hydrocephalus (Korsakov) 571.
Geschlechtsleben bei Imbezillen und Psychopathen (Moll) 593.
Geschlechtsmerkmale- Entwicklung und Ovarial- und Placentaextraktwirkung (Steinach, Heinlein u. Wiesner) 206.
Geschlechtsorgane s. Genitalien.
Geschlechtsreife und endokrine Drüsen (Kern) 197.
—, Physiologie und Pathologie (Berliner) 892.
—, Psychologie (Kohnstamm) 42; (Spranger) 381.
—, vorzeitige (Wheelon) 698.
—, vorzeitige, und Ovarialgeschwulst beim Kind (Termeer) 868.
—, vorzeitige, soziales Verhalten (Reininger) 41.
Geschlechtssymbolik und Kotillon (Robitsek) 384.

Digitized by Google

Geschlechtstriebe und Grausamkeit (Podolsky) 827.
—, Kritik (Künkel) 381.
Geschlechtsunterschied, anatomischer, und Psychanalyse (Freud) 383.
Geschmacksprüfung (Roasenda) 147.
Geschmackssinn, Physiologie (von Skramlik) 623.
Geschmacksstörung und Brückentuberkel (Ardin-Delteil u. Levi-Valensi) 184.
Geschwulst s. a. die einzelnen Geschwülste.
—, angiomatöse, der Dura mater cerebri (Gucci) 182.
—, Brücken- (Benvenuto) 184.
—, Brücken-, mit Nystagmus (Nylen) 184.
—, Corpus striatum-, und Gehirngeschwulst bei epidemischer Encephalitis, Differentialdiagnose (Pussep) 673.
—, Dura mater-, nach Kopftrauma (Taft u. Strecker) 183.
—, Dura spinalis-, Neurinomatose mit (Derman) 556.
—, Ependym- (Bailey) 423.
—, extramedulläre, Lipiodolbild (Veraguth) 84.
—, extravertebrale, Querschnittläsion des Rückenmarkes infolge (Pines) 309.
—, Fossa pterygo-palatina (Undelt) 863.
—, Ganglion Gasseri- (Gjertz u. Hellerström) 314.
—, Gehirn- (Wilson u. Winkelman) 72; (Alfes u. Eggert) 857; (Horrax) 857.
—, Gehirn-, Chirurgie (Schönbauer) 425; (Hertle u. Zingerle) 426; (Jessen) 427; (Dandy) 548.
—, Gehirn-, chirurgische Technik (Schönbauer) 425.
—, Gehirn-, und Encephalitis epidemica (Rabinowitsch) 185; (Budagova) 422.
—, Gehirn-, bei epidemischer Encephalitis und Corpus striatum-Geschwulst, Differentialdiagnose (Pussep) 673.
—, Gehirn-, mit Halluzinationen (D'Abundo) 409.
—, Gehirn-, Hemianopsie (Sommer) 73.
—, Gehirn-, mit Hemiplegie und Muskelatrophie (Albrecht) 734.
—, Gehirn-, infiltrierende, und Gehirndegeneration, Differentialdiagnose (Riley u. Elsberg) 545.
—, Gehirn-, beim Kind (Critchley) 674.
—, Gehirn-, Liquor cerebrospinalis (Smith) 73.
—, Gehirn-, und Nervus opticus (Wood) 183.
—, Gehirn-, mit Nystagmus (Nylen) 184.
—, Gehirn-, Pleocytosis spinalis und Liquor cerebrospinalis (Smith) 858.
—, Gehirn-, Pseudo-, und Meningitis serosa (Pedrazzini) 789.
—, Gehirn-, mit psychoneurotischen Symptomen (Marchand u. Schiff) 676.
—, Gehirn-, reaktive Gliose (Freeman) 73.
—, Gehirn-, Röntgenbehandlung (Bregman) 75; (Towne) 75; (Guarini) 185; (Derr) 861.
—, Gehirn-, Röntgendiagnostik und -Behandlung (Lévy) 427.
—, Gehirn-, sekretorische und motorische Magenfunktion (Busik u. Mitnitzky) 648.
—, Gehirn-, Struktur (Elsberg) 675.
—, Gehirn-, tuberkulöse, und Polyserositis (Pavlović) 422.
Geschwulst, Gehirn-, verkalkte (Melkersson) 423.
—, Gehirn-, vorgetäuscht durch Meningitis serosa interna (de Montaud) 850.
—, Gehirnbasis- (Sosman) 859.
—, Gehörorgan- (Fischer) 431.
— des inneren Gehörgangs, des Ganglion Gasseri und der Brücke (Hagens) 548.
—, Großhirn-, und Kleinhirn- (Schönbauer) 545.
—, Halsmark- (Favill, Faxon u. Palmer) 84.
—, Hypophysen- (Kostić) 447; (Hirsch) 694.
—, Hypophysen-, Augenerkrankung (Favory) 569.
—, Hypophysen-, pluriglanduläre Veränderungen (Szántó) 568.
—, Hypophysen-, weißer Ratten (Fischer) 461.
—, Hypophysen-, Röntgenbehandlung (Towne) 695.
—, Hypophysen-, Stauungspapille (Harms) 569.
—, intrakranielle (Petersen) 548.
—, Ischiadicus- (Albrecht) 249.
—, Kleinhirn-, mit Sehnenreflex-Erlöschen (van Gehuchten) 427.
—, Kleinhirnbrückenwinkel-, Chirurgie (Insabato) 75; (Belikov) 424.
—, Kleinhirnbrückenwinkel-, Neurofibromatose (Heine) 860.
—, Kleinhirnbrückenwinkel-, mit Nystagmus (Nylen) 184.
—, Kleinhirnwurm- (Waldorp) 185.
—, Lobus frontalis- (Escuder Núñez) 546; (Hernandez Ramirez u. Barrancos) 859.
—, Lobus frontalis-, mit Somnolenz (Lechelle, Alajouanine u. Thévenard) 74.
—, Lobus temporalis-, Augenphänomen (Lillie) 183.
— -Lokalisation durch Ventrikulographie (Pierson) 425.
—, Meningeal-, diffuse (Boyd) 404.
—, Meningeal-, multiple (Krivy) 861.
—, Mittelhirn- (Neiding) 184.
—, Nasenhöhlen- (Terplan u. Rudofsky) 614.
—, Nervus acusticus- (Olivecrona) 547; (Petersen) 548.
—, Nervus opticus-, primäre intradurale (Hidano) 50.
—, Oblongata-, Hydrocephalus infolge (Bucciardi) 662.
—, Ovarial-, beim Kind und Pubertas praecox (Termeer) 868.
—, rhino-pharyngeale, und Hypophysenzerstörung (Worms u. Delater) 866.
—, Rückenmark- (Weinberg) 554; (Alfes u. Eggert) 857.
—, Rückenmark-, Chirurgie (Elsberg) 82.
—, Rückenmark-, Diagnose (Henner) 861; (Koževnikov) 861.
—, Rückenmark-, Höhenlokalisation (Sittig) 84.
—, Rückenmark-, Lipiodolinjektion (Mixter) 309.
—, Rückenmark-, Liquor cerebrospinalis-Druck (Stookey, Merwarth u. Frantz) 311.
—, Rückenmark-, Liquordiagnostik (Grosz) 192.
—, Rückenmark-, und Medulla- (Kryšev-Isnar) 555.
—, Rückenmark-, röntgenologische Darstellung mit Jodipin (Albrecht) 192.

Digitized by Google

Geschwulst, Rückenmark-, mit Syringomyelie (Bychovskaja) 556.
—, Rückenmark-, und Wirbelsäulenarthritis (Barré) 85.
—, Rückenmarkkompression durch (Mixter) 555.
—, Schädelgruben-, und Opisthotonus (Insabato) 860.
—, Stirnhirn- (Nonne) 547.
—, Stirnhirn-, und hintere Schädelgruben- (Pick) 546.
—, Stirnhirnbalken-, Grundgelenkreflex mit Zwangsgreifen (Stiefler) 676.
—, Thyreoidea- und Parathyreoidea-, mit Knochenmetastasen (Ferrero u. Sacerdote) 573.
— des 4. Ventrikels (Shuman) 859.
—, verkalkte, des Carrefour orbito-sphenoidal (Laruelle) 677.
—, Wirbelkanal-, ultra-penetrierende Strahlenbehandlung (Loizaga u. Espinola) 85.
Gesellschaft und Geschlecht in der Zeit der Menschwerdung (Hofschlaeger) 37.
Gesetz, Irrenfürsorge- (Schwabe) 896.
Gesetzgebung und Psychopathie (Mönkemöller) 234.
Gesichtsempfindungszeit, Messung (Monjé) 145.
Gesichtsfeld-Defekt, homonym-hemianopischer (Wilbrand) 649.
—, einzeläugiges, und Sehrinde (Kleist) 751.
—, Untersuchung (Kestenbaum) 52.
— -Untersuchung an Schwangeren (Metzger, Simon u. Weinberg) 34.
Gesichtsneuralgie und Sympathicusschmerzen (Sicard) 688.
Gesichtssinn, Strychninwirkung (Kaijser) 620.
Gestalt, Lehre von der (Wertheimer) 39.
Gesundheitsfürsorge und Sozialhygiene [Handbuch] (Gottstein, Schlossmann u. Teleky) 123.
Gesundheitspflege s. Hygiene.
Gewebe, contractile, vergleichende Physiologie (Hogben) 843.
Gewerbekrankheiten, neurologische Methodik beim Studium (Kuljkov) 646.
Gewichtsvergleich bei Gesunden und Kranken (Panzel) 625.
Gewissen, Erscheinungsformen und Theorien (Stoker) 508.
Gewöhnung, Psychopathologie (Rosenstein) 722.
Gewohnheit im Gemeinschaftsleben (Eldridge) 771.
Gifte, Genuß-, Psychologie (Juliusburger) 382.
—, vegetative, und Glandula submaxillaris-Speichelgehalt (Alpern) 839.
Gigantismus s. Riesenwuchs.
Glandula submaxillaris-Speichelgehalt und vegetative Gifte (Alpern) 839.
Glauben, Psychologie (Lund) 153.
Glaubwürdigkeit von Zeugen (Rittershaus) 477.
Gleichgewicht, statisches, bei Flugpiloten (Brammer) 16.
— -Reaktion, Latenzzeit (François, Meyerson u. Piéron) 630.
Glia s. Neuroglia.
Gliom-Cyste in Kleinhirnhemisphäre (Sachs) 425.
— -Entstehung, traumatische (Volland) 10.
—, pigmentiertes, linker Gehirnhemisphäre (Wolff) 859.
Glioma diffusum piae matris (de Lange u. Smid) 404.
Gliose, experimentelle Erzeugung (Bender) 364.
—, extrapiale, der Oblongata bei Syphilis des Nervensystems (Lhermitte) 872.
—, reaktive, bei Gehirngeschwulst (Freeman) 73.
Glykämie nach Pilocarpin (Papilian u. Velluda) 759.
Glykosebehandlung bei Epilepsie (Wladyczko) 879.
—, intravenöse (Handovsky) 517; (Meyer) 517; (Weil) 518; (Wichels) 518.
— und Muskeltätigkeit (Kollert u. John) 495.
Glykosurie bei Akromegalie (Hetzel) 866.
— und hypophysäre Fettsucht (Shapiro u. Kliatshco) 580.
Goethes Ahnen, Vererbung und Familienforschung (Reichel) 731.
Göttliches in deutscher Religionsphilosophie (Fröhlich) 773.
Goldsol-Kurve des Liquor cerebrospinalis bei Syphilis (Wendt) 529.
— -Reaktion und elektrische Leitfähigkeit des Liquor cerebrospinalis (Schaefer) 172.
— -Reaktion im Liquor cerebrospinalis (Cockrill) 64.
Gonorrhöe und Hypochondrie (Benon) 472.
Gordonscher Reflex (Gordon) 501.
Grausamkeit und Sexualtrieb (Podolsky) 827.
Graves Syndrom s. Basedowsche Krankheit.
Gravidität s. Schwangerschaft.
Greifen, Zwangs-, und Nach- (Pinéas) 736.
Greisenhaft s. Senil.
Greisenschwachsinn s. Dementia senilis.
Grippe in Dänemark (Neel) 412.
Großhirn, Basen- und Ammoniakstickstoffgehalt, bei Psychose (Woskressenski) 233.
— -Geschwulst, Diagnostik (Schönbauer) 545.
—, Herderkrankung und Kleinhirnsymptome (Keller) 856.
— und Pituitrinhemmung (Molitor u. Pick) 445.
Großhirnrinde-Erkrankung, striäre, bei Arteriosklerose (Neubürger) 881.
— beim Kamel (Kurz) 353.
— -Läsionen und Extensionsstarre bei Katze (Olmsted u. Logan) 138.
— bei Menschen und Säugetieren (Rawitz) 134.
—, pathoarchitektonische Veränderungen (Vogt) 610.
Grundgelenkreflexe mit Zwangsgreifen bei Stirnhirnbalkengeschwulst (Stiefler) 676.
Grundumsatz s. Stoffwechsel.
Gruppenprüfungstest (Decroly) 379.
Guanidin und Muskeltonus (Fujita) 149.
Gumma, Chiasma- (Mezzatesta) 866.
—, Hypophysen- (Broussilovski) 447.
Gutachten über Dienstunfähigkeit (Stier) 707.
Gute, Das (Häberlin) 43.

Habitus und endokrine Drüsen bei Kleinkindern (Glanzmann) 90.
Hämatom, subdurales, an Gehirnbasis (de Ruddere) 527.
—, subdurales, der Regio frontotemporalis unter dem Bilde von Lobus temporalis-Abseß (Horníček u. Janota) 704.
Hämoglykolyse (Klemperer) 340.

Digitized by Google

Hämorrhagie s. Blutung.
Hängefuß, Operation (Willis) 784.
Halbschlaf und Träume (Slight) 159.
Halluzination, Bergsons Theorie (Quercy) 782.
— und Gehirngeschwulst (D'Abundo) 409.
—, Gehirnmechanismus (v. Mayendorf) 285.
—, Gesichts-, einseitige (Henschen) 782.
— bei leukogenetischen febrilen Prozessen (Lafora) 782.
—, Liliput- (Obarrio) 286.
—, Lokalisation (Kauders u. Schilder) 286.
—, optische (Ormond) 782.
—, phantastische (Sachs) 286.
—, umschriebene, und Algohalluzinose (Galant) 782.
Halluzinose, Algo-, und umschriebene Halluzinose (Galant) 782.
—, idiopathische (v. Mayendorf) 285.
Halsmarkgeschwulst (Favill, Faxon u. Palmer) 84.
Halsmuskelkrampf (Rothfeld) 107; (Matzdorff) 587.
Halsreflex, tonischer, bei tuberkulöser Meningitis (Wechsler u. Brock) 403.
Halsrippe (Corin) 798.
Haltungsreflex (Foix u. Thévenard) 368.
—, physisch-klinisches Kriterium (Delmas-Marsalet) 631.
Hand-Amyotrophie beim Greis (Lhermitte u. Nicolas) 435.
—, Psychologie (Katz) 37.
Hansjakob [Heinrich], Krankengeschichte (Kanngießer) 473.
Harn-Phosphorausscheidung und Schlaf (Kleitman) 760.
—, Schwarzreaktion (Buscaino) 282, 283; (Luncangeli) 656.
Harnblase-Innervation, corticale (Smirnov) 767.
— -Innervation, Physiologie und Klinik (Dennig) 766.
Haut-Cyanose bei Akrocyanose, Hautatrophie und Raynaudscher Krankheit (Török) 562.
— -Hyperalgesie, akute disseminierte (Schultze) 801.
— -Reaktion bei künstlichen Quaddeln (Török, Lehner u. Urbán) 13.
— -Reflex (Wernøe) 273.
— -Reflex des Kinnes (de Castro) 500.
— -Reflex, vasomotorischer, bei Encephalitis epidemica (Salkind) 302.
— -Sensibilität bei Lepra (Rodriguez) 87.
—, Temperaturpunkte auf, Markierungsinstrument (Pendleton) 625.
Hautdrüsen und sympathische Grenzstrangfasern beim Frosch (Speranskaja-Stepanowa) 266.
Hautkrankheiten und Stoffwechsel (Bloch) 317.
—, Temperatur (Kosmadis) 560.
Hautneurose, Psychotherapie (Klauder) 725.
Hebephrenie, Gerichtsfall (Hegner) 227.
Heidentum, animistisches (Winkler) 773.
Heilanstalt Emmendingen, Typhusepidemie (Schmidt, Schneider u. Zwilling) 126.
Heiligenbilder in Rußland (Goldbladt) 885.
Heilpädagogik in Österreich (Winkelmayer) 248.
— bei schwer erziehbaren Kindern (Révész) 128.
— und Suggestion (Seeling) 382.
Heilung, religiöse (Seng) 773.
Heimweh (Marbe) 45.
Heine Medinsche Krankheit s. Poliomyelitis anterior acuta.
Helminthiasis und Encephalitis epidemica (Sartorelli) 413.
Hemialgie und Hemimyalgie (Seelizkij) 281.
Hemianopische Gesichtsfeldstörung (Willbrand) 649.
Hemianopsie bei Encephalitis epidemica (Bychowski) 302.
— bei Gehirntumor (Sommer) 73.
Hemiaplasie (Simson) 362.
Hemiatrophia facialis progressiva mit Augenerkrankung (Lauber) 317.
— facialis progressiva mit Rachen- und Kehlkopf-Hypoplasie (Borowskij) 560.
— faciei, Klinik und Pathogenese (Černi) 693.
Hemibulbäres Syndrom (Pelnář) 682, 683; (Pelnář u. Dědeček) 682.
Hemifaciokraniose (Léri u. Layani) 173.
Hemihypertrophie (Reed) 323.
Hemikrania s. Migräne.
Hemimyalgie und Hemialgie (Seelizkij) 281.
Hemiplegia (Sapiro) 538.
— alternans des Abducens bei Encephalitis epidemica (Stella) 66.
— bei Aphasie (Pötzl) 420.
— mit Muskelatrophie bei Gehirngeschwulst (Albrecht) 734.
— und vegetatives Nervensystem (Périsson) 69.
Hemisphäre Asymmetrie und Gehirnrindengewicht der Rassen (Ariëns Kappers) 743.
—, Gehirn-, gegenseitiger Einfluß (Wysocki u. Zbyszewski) 617.
—, Gehirn-, pigmentiertes Gliom (Wolff) 859.
—, Kleinhirn-, Abtragung (Schloffer) 618.
Hemmung und Erregung (Pawlow) 373.
—, Nerven-, (Lhermitte u. Schiff) 616.
—, Nerven-, peripherer Sitz (Pereira) 265.
—, Problem (Dodge) 374.
— -Rhythmus und ipsilaterale Kontraktion (Fulton u. Liddell) 20.
Heredo-Degeneration und Syphilis congenita, Beziehung (Kufs) 792.
— -degenerative Erkrankung mit Lebercirrhose, Wilsonscher Krankheit ähnlich (Ostertag) 899.
Heredofamiliarität bei Paralysis agitans (Kückens) 419.
Hermaphroditismus (Loewenstein) 579.
—, experimenteller (Lipschütz u. Perli) 809.
—, experimenteller, und Geschlechtsdrüsen-Antagonismus (Lipschütz) 578; (Lipschütz, Tiitso, Švikul u. Vešnjakov) 578; (Lipschütz u. Voss) 578.
— und Geschlechtstrennung bei Wirbeltieren (Witschi) 321.
—, Pseudo- (Hoepke u. v. Oettingen) 810.
—, Pseudo-, feminimus externus (Feldmann) 868.
—, Pseudo-, masculinus, bei Tieren (Klarmann) 809.
Hernien, Gehirnsubstanz-, multiple (Franz) 7.
Herpes corneae und Nervus Sympathicus cervicalis-Läsion (Kowarskaja) 442.
— simplex und Encephalitis epidemica, Beziehung (Baló) 748.

Digitized by Google

Herpes zoster, Ätiologie (Artom u. Fornara) 802; (Davidson) 802.
—, Aktinotherapie (Legoff) 443.
— nach Analgit (Blank) 442.
— unter dem Bilde von Nephrolithiasis (Blanton) 442.
— -förmige Achromie (Busquet u. Esquier) 803.
— nach Ganglion Gasseri-Erkrankung (Szathmáry) 442.
— und Nervus Facialis-Lähmung (Bregman) 87.
— des Ohres (Dennis) 195.
— der Ohrmuschel mit Facialislähmung (Ghislanzoni) 799.
— bei spontaner Subarachnoidalblutung (Adie) 802.
— thoracalis, Magenfunktionsstörungen (Hess u. Faltitschek) 195.
—, Ultravioletttstrahlenbehandlung (Traikin u. Burill) 195.
— und Varicellen, Beziehung (Lepp) 802; (Maderna) 803.
Herpesvirus, Inokulation (Remlinger u. Bailly) 749.
—, marokkanisches (Remlinger u. Bailly) 442.
— und Tollwutvirus, Mischimpfung (Remlinger u. Bailly) 494.
— -Vaccine bei Encephalitis epidemica (Le Fèvre de Arric) 303.
Herz s. a. Angina pectoris.
— -Erkrankung, nervöse (Lilienstein u. Kastan) 235; (Roemheld) 474.
—, Frosch-, sympathisches Nervensystem am, und Nicotinwirkung (Rydin) 27.
— und Psychose (van Lier) 339.
—, vegetative Nerven des, pharmakologische Reaktion (Planelles) 268.
Herznerven und heterotope Kontraktion (Daniélopolu u. Proca) 370, 371.
— -Reizung, chemische Wirkung (Asher) 370.
— -Wirkung, humorale Übertragbarkeit (Navratil) 726.
Heterosexuelle Liebe (Weiss) 642.
Hexophannatrium bei Geisteskranken (Klein) 394.
Hilfsschüler, Begriffsbildung (Rösgen) 593.
Hilfsschule oder Arbeitsschule (Schuhmacher) 223.
— in Genua (Vidoni u. Gobbi) 594.
—, Leseunterricht (Borgards) 464.
Hinken, intermittierendes (Giroux) 693.
Hinterhauptsfraktur, Gehirnnerven nach (Rebattu u. Bertoin) 800.
Hirn s. Gehirn und die einzelnen Abschnitte des Gehirns.
Histamin und Liquor cerebrospinalis-Druck (Lee) 297.
Histologische Methode der Cajalschen Schule (D'Ancona) 744.
Hochstapler, Psychanalyse (Abraham) 827.
Hoden-Extrakt, Altersbehandlung [Brown-Séquard] (Zoth) 396.
— -Extraktbehandlung bei Diabetes insipidus (Rothmann) 200.
— -Injektion bei kastriertem und thyreoidektomiertem Kaninchen (Korenchevsky u. Carr) 320.
— von Schizophrenen (Witte) 228.
Höhenklima (Grober) 288.
Höhle s. Sinus.
Hörbläschen bei Anuren (Tokura) 486.
Hören, Physiologie (Specht) 15.
Hörstummheit bei kleinen Kindern (Hamburger) 422.
Hohlfuß, Behandlung (Schulze - Gocht) 784; (Hackenbroch) 848, 849.
Homer, psychopathologisches aus (Ganter) 350.
Homosexualität, Beichte (Lachtin) 235.
—, Lippenschleckphänomen (Schmidt) 729.
— und Morphinismus (Krauss) 883.
— und Narzissmus (Gerster) 235.
—, Psychologie (Schultz) 601.
— und Recht (Placzek) 239.
Hormone-Behandlung bei Chorea minor (Duzár) 854.
— im Blut, Bockscher Nachweis (Heyer) 864; (Peritz) 864.
—, Genital-, bei endokrinen Erkrankungen (Popow) 808.
—, Genital-, und vegetatives Nervensystem (Prichodjkova) 808.
— der Ovarien (Courrier) 453.
—, Parathyreoidea- (Collip u. Clark) 811.
—, Parathyreoidea-, physiologische Wirkung (Collip) 100.
Hornhaut s. Cornea.
Hortega-Zellen, Mikroglia-, Bewegungsfähigkeit (Metz) 8.
— -Zellen, Mikroglia-, phagocytäre Tätigkeit (Penfield) 9.
Hundestaupe und Encephalitis epidemica, Beziehungen (Lewy u. Fränkel) 618.
— und zentrales Nervensystem (Roman u. Lapp) 110.
Hungerempfindung (Grünstein) 267.
Huntingtonsche Chorea s. Chorea, Huntingtonsche.
Hydrocele, Schädel-, traumatische, der Arachnoidea (Ticozzi) 876.
Hydrocephalus (Zandowa) 661.
— -Entstehung (Maclaire) 661.
— beim Hund (Demole) 331.
— internus, intratemporale Hirnkammerdrainage (Vána) 663.
— internus, Lymphangioplastik des Unterhorns des Seitenventrikels bei (Sokolowski u. Irger) 663.
— infolge Oblongatageschwulst (Bucciardi) 662.
— occultus (Koeppe) 662.
—, psychologische Forschungen (Simson) 661.
—, sexuelle Entwicklung infolge (Korsakov) 572.
Hydrops articulorum intermittens (Schlesinger) 563.
Hygiene, geistige, [National Council] in England (Potts) 349.
—, geistige, Prophylaxe (Vidoni) 606; (Zacharov) 606.
—, Sozial-, und Gesundheitsfürsorge [Handbuch] (Gottstein, Schlossmann u. Teleky) 123.
— -und Tropenkrankheiten (Ruge, Mühlens u. zur Verth) 646.
Hymenoptera, Tierpsychologie (Verlaine) 385.
Hyobranchialapparat, Sinnesknospen (Stadtmüller) 360.
Hyoscin-Hydrobromid-Wirkung auf Amblystoma-Nervensystem (Burr u. Snavely) 840.

Digitized by Google

Hypacidität, iogene, und Angstsyndrom (Laignel-Lavastine u. Cornelius) 656.
Hyperalgesie, Haut-, akute disseminierte (Schultze) 801.
Hyperglykämie und hypophysäre Fettdystrophie (Shapiro u. Kliatshco) 570.
—, pseudaffektive, Nebennieren bei (Bulatav u. Cannon) 99.
Hyperkinese bei organischen Gehirnerkrankungen (Zingerle) 176.
— -Syndrom bei Encephalitis epidemica (Veillet) 668.
Hypersuprarenale Konstitutionsanomalie (Galant) 241.
Hypertension, Gehirnstörung (Liaan u. Barrieu) 647.
Hyperthyreoidismus s. Thyreoidea-Hyperfunktion.
Hypertonie s. Blutdrucksteigerung.
Hypertrophie, Muskel-, neuritischen Ursprungs (Manjkovskij) 559.
Hyperventilation bei Epilepsie (Mainzer) 112.
— -Phänomen (Siegheim) 735.
— -Tetanie (Turpin) 101.
— und experimentelle Tetanie (Radovici u. Sager) 580.
Hypnodonal (Silberstein) 287.
Hypnose (Deutsch) 45; (Wagner-Jauregg) 280; (Müller-Braunschweig) 641; (Haupt) 847.
— und Katharsis (Radó) 660.
— bei Nerven- und Geisteskranken (Breukink) 847.
— bei progressiver Paralyse (Hartmann u. Schilder) 713.
— und psychische Realanalyse (Benussi) 158.
—, Schlafmittel- (Schilder) 59.
—, Tier-, in experimenteller Chirurgie (Haberland) 644.
— bei Todesangst (Schmidt) 128.
— und Toximanie (Rodriguez Vera) 824.
— und vegetatives Nervensystem (Laudenheimer) 159; (Marcus u. Sahlgren) 159.
— und Verbrechen (Berka) 119.
Hypnotisches Training (Haupt) 524.
Hypochondrie und Gonorrhöe (Benon) 472.
Hypophysäre Cyste und Dystrophia adiposogenitalis (Bravetta) 695.
— Fettdystrophie mit Hyperglykämie und Glykosurie (Shapiro u. Kliatshco) 570.
— Fettsucht, Persönlichkeitsmerkmale (Riese) 447.
— Gehirnerkrankung, Röntgenuntersuchung (Audan u. Knentz) 804.
— Neurocrinie (Collin) 198.
Hypophysärer Infantilismus und juvenile Paralyse bei Syphilis congenita (Brussilovskij) 714.
Hypophysäres Syndrom, oculo-, bei Enchondrom des Sinus sphenoidalis (Lupo) 569.
Hypophyse (Rossiysky) 570; (Cushing) 865.
— -Abtragung, Haut und Genitalien der Kröte nach (Giusti u. Houssay) 492.
— -Adenome (Dott u. Bailey) 92.
—, vergleichende Anatomie (Pokorny) 865.
—, Calcium- und Kaliumwirkung auf (Parhon u. Briese) 94.
—, Chirurgie (Lautenschläger) 93.
Hypophyse, diabetische Veränderungen (Sakakibara) 91.
—, Diathermie (Grünbaum) 289.
— -Erkrankung (Frazier u. Grant) 92; (Weygandt) 445.
— -Erkrankung, abortive (Knauer) 199.
— -Erkrankung und Augensymptome, Röntgenbehandlung (Favaloro) 445.
— -Erkrankungen beim Kind (Johnsen) 695.
— -Erkrankung, Organtherapie (Göring) 448.
— -Erkrankung infolge rhino-pharyngealer Geschwulst (Worms u. Delater) 866.
— -Erkrankung und Schlafzentrum (Markov) 447.
— -Erkrankung, Thyreoidea-Verabreichung (Marlow) 866.
— und Geschlechtsdrüse (Nukariya) 206.
— -Geschwulst (Kostić) 447; (Hirsch) 694.
— -Geschwulst, Augenerkrankung (Favory) 569.
— -Geschwulst, pluriglanduläre Veränderung (Szánto) 568.
— -Geschwulst weißer Ratten (Fischer) 461.
— -Geschwulst, Röntgenbehandlung (Towne) 695.
— -Geschwulst, Stauungspapille (Harms) 569.
— -Gumma (Broussilovski) 447.
— -Hinterlappen, Drüsenkörper (Teruyama) 567.
— -Hinterlappenpräparate, klinische Auswertung (Tauber) 694.
—, Histopathologie (Kiyono) 803; (Beer) 804.
—, Mittel- und Hinterlappen-Innervation (Pines) 445.
—, nekrobiotischer ischämischer Infarkt (Sotti) 91.
—, Nekrose (Kraus) 567.
—, Pars tuberalis (Atwell) 198; (de Beer) 198.
—, Pathologie (Zalkan u. Popova) 568.
—, Pathologie beim Kleinkind (Glanzmann) 90.
—, Röntgen- und Diathermiebehandlung und Stoffwechsel (Szenes u. Stecher) 142.
— -Röntgenbehandlung im Klimakterium (Altmann) 579.
— -Sekret im Liquor der Cisterna cerebello-medullaris (Jánossy u. Horváth) 171.
—, Vögel-, Entwicklungsphasen (Pfeiffer) 566.
— -Vorderlappen bei Nieren-Erkrankungen (Berblinger) 91.
— und Zwischengehirnbasis, Faserverbindung (Greving) 739.
— und Zwischenhirn (Raab) 837.
Hypophysis cerebri (Pines) 445.
— cerebri, Innervation (Pines) 198.
— cerebri, Mikrophysiologie (Berblinger) 91.
Hypoplasie des Larynx und Pharynx und Hemiatrophia facialis progressiva (Borowskij) 560.
Hypothalamus (D'Abundo) 491.
— und Adrenalinsekretion (Houssay u. Molinelli) 267.
— und Thalamus-Läsion, cerebello-thalamisches Syndrom infolge (Marinesco u. Nicolesco) 420.
Hypothyreoid-hypersuprarenale Konstitutionsanomalie (Galant) 241.
Hypothyreoidismus nach Basedowscher Krankheit, Röntgenbehandlung (Gram) 451.
Hysterie, Aphasie infolge (Bechterev) 604.
—, Aphonie infolge (Oppikofer) 237.
—, Blindheit (Bodkin) 137.

Digitized by Google

Hysterie, Depression infolge, Psychanalyse (Feigenbaum) 474.
— und emotive Diathese (Nathan) 605.
—, Krampf-, oder Epilepsie (Rouquier u. Vuillaume) 593.
— und Krieg (Nikitin) 604.
—, Lähmung infolge (Bodkin) 137.
— und Sehstörung (Seidler) 137.
—, Simulation von Nierensteinen (Cioni) 238.
Hysterische Amblyopie und Amaurose (Burch) 236.
— Augenmuskelcontractur (Balduzzi) 886.
—, Sprachlähmung des Gaumensegels infolge Diphtherie (Boenninghaus) 726.
Hysterischer Blepharospasmus (Satanowsky) 887.
Hystero-Epilepsie (Bleuler) 236; (Galant) 605.

Jackson-Epilepsie, Kautschukprothese (Guillemin) 291.
— -Epilepsie infolge Thyreoidea-Carcinom (Overhamm) 73.
— -Epilepsie, traumatische (Leriche u. Wertheimer) 218.
Icterus gravis nach Salvarsanbehandlung (Höglund) 216.
Identifizierung und Desexualisierung (Müller-Braunschweig) 641.
Identität, phänomenale, experimentelle Untersuchungen (Ternus) 39.
Idiomuskulärer Reflex beim Kind (Kán) 31.
Idiotie und Acanthosis nigricans (Benedek u. Csörsz) 334.
—, amaurotische infantile, Spätform (Marinesco) 594.
—, amaurotische, juvenile (Moehlig) 712.
—, amaurotische, degenerative Markerkrankung (Ostertag) 10.
—, amaurotische tardive [Bielschowski], hyperkinetische Form (Marinescu) 222.
—, familiäre mikrocephalische [Giacomini] (Vivaldo) 222.
—, kretine s. Kretinismus.
—, mongoloide (Cavengt) 712.
—, mongoloide, Pathogenese (Weygand) 711.
—, mongoloide, Pathogenese und Behandlung (Vas) 712.
Jejunum s. Dünndarm.
Imbezillität s. Schwachsinn.
Immunität, erworbene, bei Malariabehandlung (Nicole u. Steel) 820.
Impfmalaria s. Malariabehandlung.
Impfschäden des Zentralnervensystems (Lucksch) 815.
Impfung, Kuhpocken-, Encephalitis nach (Bouwdijk Bastiaanse) 69.
Impotenz und Psychotherapie (Jellinek) 395.
Individualpsychologische Soziologie (Neumann) 640.
Infantilismus mit Dystrophia adiposogenitalis (Casaubon u. Winocur) 866.
—, hypophysärer (Markov) 447.
—, hypophysärer, und juvenile Paralyse bei Syphilis congenita (Brussilovskij) 714.
—, klinisch-pathologisch-anatomische Studien (Scimone) 868.
— des weiblichen Genitalsystems und Psyche, Beziehung (Bychowski) 235.
Infektionsbehandlung progressiver Paralyse (Kihn) 714.
Infektionskrankheiten [Handbuch] (v. Bergmann u. Staehelin) 48.
—, Kinder-, nervöse Komplikationen (Boenheim) 702.
—, Kinder-, und vegetatives Nervensystem (Koltypin u. Bakanova) 760.
Infektionspsychose mit Liquorveränderung (Herz) 883.
Influenza s. Grippe.
Infundibulare Zentren und endokrine Drüsen, Beziehung (Salvatore) 198.
Injektion bei Ischias (Vigh) 86.
—, Neosalvarsan-, intravenöse, Tod nach (Photakis) 104.
Inkontinenz, psychisch bedingte, beim Kleinkind (Ochsenius) 604.
Innere Krankheiten, Röntgendiagnostik [Grundriß] (Munk) 388.
— Krankheiten, Therapie [Lehrbuch] (Strümpell) 645.
Innervation, affarente, von Magen und Darm (Schilf) 269.
— glatter Muskeln (Veach u. Pereira) 266.
—, sympathische, und Physostigmin (Granberg) 26.
Innervationsvorgang in funktionellen Elementen und Geweben des tierischen Organismus (Práwdicz-Neminski) 265.
— im tierischen Gehirn (Práwdicz-Neminski) 13.
Inotsal (Ventra) 393.
Insolation und Meningitis (Bonaba, Pereira u. Petriello) 62.
Inspiration und Unterbewußtsein (Grasset) 508.
Instinkt, Automatismus und Reflex (Galant) 271.
— im Gemeinschaftsleben (Eldridge) 771.
—, Lebens- und Todesinstinkt in Selbstmord-Psychodynamik (Gartner) 656.
—, Ursprung (Bugnion) 772.
Insuffizienz, geistige und motorische, beim Kind (Čugunov) 710.
Insulin bei Basedowscher Krankheit (Klein) 807.
— bei Basedowscher Krankheit und respiratorischer Gaswechsel (Meyer) 576.
— und morphologisches Blutbild (Levine u. Kolars) 262.
— -Krämpfe und Diät, Beziehung (Levine u. Kolars) 262.
— -Krämpfe und Epilepsie (Cuneo) 592.
— -Krämpfe, Entstehung (Gabbe) 748.
— und Muskeltätigkeit (Kollert u. John) 495.
— und vegetatives Nervensystem (Kogan u. Ponirowsky) 580.
Integument, vergleichende Physiologie der Wirbeltiere (Biedermann) 490.
Intellektuelle Phantasie (Schwarz) 635.
Intelligenz s. a. Begabung.
— (Ogden) 635.
— bei Bevölkerung der Isle of Wight (Macdonald) 43.
— -Faktor und Lernkurve (Ruch) 378.
— und Gedächtnis (Lee) 276.
— im Gemeinschaftsleben (Eldridge) 771.
— bei Gliedertieren (Agar) 643.
— -Messung (Decroly) 377.

Digitized by Google

Intelligenz bei sprachgestörten Schulkindern (Dworak) 856.
Intelligenzquotient an Binetscher Skala (Grzegorzewska) 42.
Intelligenztest bei Anstaltskindern (Müller) 379.
— und forensische Begutachtung (Stanojević) 378.
— beim Kind (Eashy-Grave) 42.
—, nicht sprachliche Methode (Decroly) 378.
Intercalatusbündel, Triangularis-, [Fusse] (Takagi) 354.
Intercostal-Neuralgie (Lapinsky) 691.
Intermittierendes Hinken s. Hinken, intermittierendes.
Interstitialzellen-Widerstandsfähigkeit gegen Druck (Cole) 270.
Intoxikation s. Vergiftung.
Intrakraniale Blutung s. Blutung, intrakraniale.
— Eingriffe, Lokalanästhesie (Olivecrona) 520.
Invalidenversicherung 589.
Invalidität und Fettsucht (Lehmann) 322.
Inzest bei Fürsorgezöglingen (Stelzner) 891.
Inzestkomplex, Abbau (Steckel) 384.
Jod-Gehalt in Thyreoidea (Pickworth) 449.
— -Hyperthyreoidismus (Jackson) 696.
— -Resorption in Thyroidea (Eckstein u. Nuelle) 867.
Jodbehandlung bei Basedowscher Krankheit (Sundelin) 96, 452; (Odelberg) 576; (Zetterqvist u. Perman) 576; (Richter) 806.
— bei Basedowscher Krankheit und Hyperthyreosen (Redlich) 697.
— bei Basedowscher Krankheit und Kropf (Rienhoff, jun.) 318.
— bei Basedowscher Krankheit und Thyreosen (Wiesel) 203.
— bei Kropf (Kluge) 450; (Rausch) 451; (Heid) 805.
Jodipin-Injektion zur Wirbelsäulen- und Rückenmark-Röntgenuntersuchung (Peiper) 556.
— -Myelographie zur Diagnostik (Krause) 393.
Ionentherapie bei Facialislähmung (Uarov) 410.
Industrielle Psychotechnik (Wunderlich) 772.
Irre s. a. Psychose.
Irrenanstalt, öffentliche, ärztliche Leitung (Rein) 897.
— Tokyo-fu Matsuzawa-byon (Kure) 899.
Irrenfürsorgegesetz, preußisches (Mönkemöller) 243; (Schwabe) 896.
Irrengesetz-Entwurf, preußischer (Fischer) 122.
— und offene Fürsorge (Kolb) 895.
Irrenpflege in Norwegen (Dedichen) 732.
Irrenrecht in Norwegen (Vogt) 898.
Irrenwesen in Norwegen (Vogt) 898.
Irresein s. Psychose.
—, manisch-depressives s. Manisch-depressives Irresein.
Ischias (Harrod) 689.
—, Behandlung (Sträussler) 439.
—, physikalische Behandlung (Milizin) 399.
— epidemica (Weber) 690.
—, Injektionsbehandlung (Vigh) 86.
— infolge muskulärer Kreuzschmerzen (Müller) 558.
— spastica (D'Antona) 690.
Isometrische Beanspruchung gelähmter Muskeln (La Grutta u. Horowitz) 19.
Isothermognosie und laterale Chordotomie wegen gastrischer Krisen (Sicard, Haguenau u. Lichtwitz) 400.
Juckempfindung, Physiologie (Goldscheider) 264.
Jugend - Strafvollzug, pädagogische Probleme (Bondy) 476.
—, weibliche, Psyche (Croner) 42.
Jugendamt und Jugendpflege (Binder) 247.
Jugendforschung und Psychologie (Fischer) 372.
Jugendfürsorge in Schweden (Petrén) 247.
Jugendgerichtsgesetz und Deutsches Strafgesetz (Francke) 238.
Jugendliche Zeugen (Schimmack) 477.
Jugendpflege und Jugendamt (Binder) 247.
Jugularisunterbindung, doppelseitige (Ruttin) 281.
Jungfern, alte, Psychopathie (Humbert) 342.
Juristische Aphorismen vom psychiatrischen Standpunkt (Kitzinger) 727.

Kältesinn, spezifische Empfänger des (Strughold) 148.
— -Topographie in Mundhöhle (Strughold) 148.
Kalium, Thyreoidea und Hypophyse, Beziehung (Parhon u. Briese) 94.
Kaltblüter-Muskel, Acetylcholincontractur (Schäfer u. Licht) 756.
Kapazität, psychische (Schewalev) 770.
Kardioaortale Bahnen, afferente (Jonnesco u. Jonescu) 762.
Kastration (Möckel) 242; (Naville) 242.
— beim Kaninchen, Testisinjektion (Korenchevsky u. Carr) 320.
— männlicher Ratten, Aktivität (Wang, Richter u. Guttmacher) 206.
— bei Thyreoidea-Hyperfunktion (Khoór) 575.
— bei Verbrechern, Imbezillen, Perversen, Psychopathen, Epileptikern und Degenerierten (Ochsner) 345.
Katalase bei Nerven- und Geisteskranken (Brailovsky, Tschalossow u. Bèrlin) 284.
Katastrophe und Kinderpsyche (Schneersohn) 775.
Katatonie (Schwarz) 226.
—, anorganische Blutbestandteile (Looney) 655.
—, Cocainbehandlung (Sacristán) 821.
— und Encephalitis epidemica (Stertz) 67.
— -Syndrome bei Encephalitis epidemica (Morselli) 411.
—, stuporöse, Cocainwirkung (Sacristán) 881.
Katharsis und Hypnose (Radó) 660.
Kehlkopf s. Larynx.
Keilbeinhöhle s. Sinus sphenoidalis.
Keimdrüsen s. Geschlechtsdrüsen.
Keuchhusten, Encephalitis congestiva bei (Bonaba u. Leunda) 673.
— -Krämpfe und Tetanie, Beziehung (Powers) 813.
—, spasmophiler (Wernstedt) 211.
Kinder, anomale, Fürsorge (Heuyer) 247.
—, anomale, in Norwegen (Dahlström u. Jacobsen) 247.
—, Onanie bei (Villinger) 341.
— -Psyche und Katastrophe (Schneersohn) 775.
— -Psychiatrie in Züricher Klinik (Maier) 479.

Digitized by Google

Kinder-Psychologie (Gaupp) 774.
— -Psychologie, Entwicklung (Koffka) 774.
— -Psychologie und religiöses Gefühl (Bovet) 44.
—, schwachsinnige (Haller) 221.
—, schwachsinnige, in Italien (Colucci) 248.
—, schwachsinnige, Spiegelschrift (Sterling) 222.
—, schwachsinnige, Zeichnungen (Szuman) 222.
—, schwer erziehbare, Heilpädagogik (Révész) 128.
— und seelische Prophylaxe (Wahl) 398.
—, zurückgebliebene, und Berufswahl (Strasburger) 465.
Kinderfürsorge in Schweden (Petrén) 247.
Kinderlähmung cerebrale (De Capite) 415.
—, spinale s. Poliomyelitis.
Kindesseele, Entwicklung (Compayré) 774.
Kinesie, paradoxe, bei Parkinsonismus (Jarkowski) 179.
Kitzelempfindung, Physiologie (Goldscheider) 264.
Kleinhirn (Tschernyscheff) 485.
— -Absceß (Chase) 76; (Milligan) 549.
— -Absceß, Morphologie (Fremel) 680.
— -Absceß, Operation [Lemaître] (Lund) 680.
— -Absceß, otogener, Pathologie (Brunner) 681.
— -Atrophie, atypische, mit rigidem Syndrom (Ley) 679.
—, neuroepitheliales Carcinom (Ssapir) 549.
— -Cyste (Herzen u. Kljačman) 549.
— und Eigenreflex (Hansen u. Rech) 29.
— -Erkrankung, anatomisch-klinische Beiträge (Ley) 428.
— -Erkrankung, tonische und motorische Asymmetrie nach (Rossi) 491.
— -Erkrankung bei Großhirnherderkrankungen (Keller) 856.
— -Erkrankung und Labyrintherkrankung, Differentialdiagnose (Popow) 188.
— -Erkrankung, Schwindel (Piéchaud u. Siméon) 548.
—, experimentell operative Eingriffe am (Ferri) 364.
— -Exstirpation beim Kaninchen, Augenmuskel-Innervation (de Kleijn) 621.
— der Fische (van der Horst) 740.
— -Funktion (van Rijnberk) 137.
— -Geschwulst, Diagnostik (Schönbauer) 545.
— -Geschwulst mit Sehnenreflex-Erlöschen (van Gehuchten) 427.
— -Hemisphäre, Abtragung (Schloffer) 618.
— -Hemisphäre, Gliomcyste (Sachs) 425.
— -Leitungsbahnen bei Gehirnaffektion (Tschernyscheff) 11.
—, Lokalisation im (van Rijnberk) 137.
—, Physiologie (Bremen) 137.
— und Vestibularapparat, Beziehung (Wodak u. Fischer) 620.
Kleinhirnbrückenwinkelgeschwulst, Chirurgie (Insbato) 75; (Belikov) 424.
—, Neurofibromatose (Heine) 860.
— mit Nystagmus (Nylen) 184.
Kleinhirnwurmgeschwulst (Waldorp) 185.
Kleptomanie (Oliverio) 345.
Klima, Höhen-, und Gasaustausch in Geweben (v. Schroetter), 844.
—, Höhen-, Wirkung (Loewy) 845.
Klimakterium, Hypophysen-Röntgenbehandlung (Altmann) 579.
Klippel-Feil Syndrom (Noble u. Frawley) 796.
Klonus, Fuß- (Pereira) 30.
—, Fuß-, kutane Abwehrreflexe (Rouquier u. Couretas) 503.
Knabe, Psychologie (Rees) 155.
Kniesehnenreflex, bilaterale Pendelmodifikation (Geimanovič) 631.
— am enthirnten Tier (Ballif, Fulton u. Liddell) 139.
— und Erschlaffung (Jacobson u. Carlson) 372.
—, Erzeugung (Prengowski) 30.
— und Koordinationszentren-Lokalisation (Kusnezov) 371.
Knochen-Erkrankung, Neuropathologie (Jelliffe) 646.
— -Regeneration, Entzündung und Nervensystem, Beziehung (Felix) 257.
Kochsalzlösungsinjektion bei Sklerodermie (Herzog) 561.
Körper und Psyche (Proebster) 511.
Körperbau s. a. Konstitution.
—, Motorik und Charakter (Gurewitsch) 891.
— der Psychopathen (Schneider) 599.
— und Rasse (Verschuer) 477.
— und Temperament (Naccarati u. Garrett) 240.
Körperbautheorie [Kretschmer] (Mira) 240.
Körperhaltung, aufrechte (Petersen) 632.
Körpertemperatur, Fieber (Löffler) 761; (Isenschmid) 838.
—, Fieber, cerebrales, infolge Liquor cerebrospinalis-Punktion (Strecker) 300.
Körperwachstum und Nebennierenrinde (Castaldi) 810.
Kohlenhydratstoffwechsel s. Stoffwechsel, Kohlenhydrat.
Kohlenoxydvergiftung (Sayers, Yant u. McConnell) 874; (Guttmann) 910.
—, Neuritis und Polyneuritis nach (Manjkivskij) 814.
Kollektive Reflexologie und kindliches Kollektiv (Ševaleva) 637.
Kolloiddegeneration, Gehirn- (Urechia u. Elekes) 7.
Kolloidreaktion, Benzoe- (Šebek) 63.
— im Liquor cerebrospinalis (Mingazzini) 406; (Manjkovskij u. Šaravskij) 529.
Koma (Le Count u. Guy) 539.
Komik und Spiel (Lotmar) 44.
Kompression, Rückenmark-, durch Geschwulst (Mixter) 533.
Konstitution s. a. Körperbau.
— -Anomalie, hypothyreoid-hypersuprarenale (Galant) 241.
— und Begabung (Ssucharewa u. Ossipowa) 830.
— und Encephalitis epidemica (Stern u. Grote) 65.
— und Psychiatrie (Kobylinsky u. Vidoni) 240.
— -Psychologie (Naccarati) 892.
—, psychopathische (Heuyer) 600.
— und Schielen (Heinonen) 830.
—, Sexual- (Kronfeld) 241; (Günther) 892.
— und Tic (De Nigris) 588.
— -Vererbung (Pellacani) 893.

Digitized by Google

Konstitutioneller Habitus bei Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein (Henckel) 468.
Konstitutionslehre (Blümel) 240.
Konstitutionsmischung bei gesunden Ehepaaren (Kretschmer) 347.
Konstitutionsproblem (La Franca) 728.
Konstitutionstypen und europäische Rassen (Henckel) 121.
—, psychophysische (Jaensch) 509.
—, weibliche (Hannes) 830.
Konvergenz und Akkommodation (Hofmann) 753.
Koordination willkürlicher Bewegungen (Wachholder) 22.
— -Zentren, Lokalisation, und Kniereflexe (Kusnezov) 371.
Kopf-Chirurgie (Borchers) 519.
— -Tetanus nach Lidverletzung (Arlt) 876.
— -Trauma, Blutzuckerkurve (Davidson u. Allen) 218.
— -Trauma, Durageschwulst (Taft u. Strecker) 183.
— -Trauma, psychotische und neurotische Störungen (Hall) 108.
Kopfbehaarung und Sexualcharakter (Buschke u. Gumpert) 729.
Kopfschmerz und Nebenniereninsuffizienz (Cornil) 209.
Kopfschuß und Mord (Kockel) 891.
Korrekturmethode bei Epilepsie (Wassiliev) 879.
Korsakowsche Psychose, polyneuritische (Martini u. Gourdy) 470.
— Psychose, polyneuritische, und amnestischer Symptomenkomplex (Rosenstein) 470.
Kottillon und Geschlechtssymbolik (Robitsek) 384.
Krämpfe (Jackson) 649.
— durch tiefes Atmen (Janota) 332.
—, epileptiforme, bei Paravertebralanästhesie am Halse (Römcke) 649.
— infolge Fasten (Josephs) 878.
—, Halsmuskel-, (Rothfeld) 107; (Matzdorff) 687.
—, Insulin-, und Diät (Levine u. Kolars) 262.
—, Insulin-, Entstehung (Gabbe) 748.
—, Sauerstoffspannung im Gewebe (Campbell) 210.
Krampfanfall bei Encephalitis epidemica (Sterling) 411.
Krampfhysterie oder Epilepsie (Rouquier u. Vuillaume) 593.
Krampfkrankheit (Lange) 908.
Kraniektomie, dekompressive, bei Stauungspapille (Radovici u. Angelescu) 55.
Krankengeschichte, Herausgabe an Behörden (Fischer) 897.
Krankheitseinheit und Mischpsychose (Gaupp u. Mauz) 653.
—, psychiatrische, Genetik (Vogt) 832.
— und Reaktionsform (Ewald) 283.
Krausescher Endkolben und Conjunctiva (Strughold u. Karbe) 147.
Kreatin-Funktion bei Muskelkontraktion (Tiegs) 756.
Kreatinspiegel, Muskel-, bei Vergiftungscontracturen gestreifter Muskeln (Schwartz u. Oschmann) 756.
Krebs s. Carcinom.
Kreislauf, dritter (Cushing) 488.
— und Retina-Blutumlauf, Beziehung (Orlandini) 762.
Kretinismus und Zentralnervensystem, Zellveränderungen (Dye) 807.
Kretschmers typologische Theorie (Mira) 240.
Kreuzschmerz, muskulärer (Müller) 558.
Krieg und Hysterie (Nikitin) 604.
Kriegsbeschädigten-Versorgung und Rentensucht (Weiler) 817.
Kriminalbiologischer Dienst in Strafanstalt (Viernstein) 476.
Kriminalität (Potts) 118.
— -Bekämpfung und Kraepelin (Gruhle) 726.
— und Dementia praecox, Beziehung (di Tullio) 881.
—, Diebstahls-, in Wien (Forcher) 120.
— und Hypnose (Berka) 119.
— beim Kind (Miklaszewski) 727.
— beim Knaben, psychoneurotische Reaktion (Slawson) 120.
—, Motive und Ursachen (Michel 118.
— und Narkotismus (Wwedenskij) 230.
— und Psychose (Adlerman) 238.
— Schädelverletzter 476.
Kriminalpsychologie (Lippmann) 156.
— [Handbuch] (Wulffen) 156.
Kriminalverfahren, Tortur im (Helbing) 350.
Kriminelle, Analyse (Lippmann) 156.
— Frau, Grausamkeit (Lombroso) 727.
—, jugendliche, Erregbarkeit (di Tullio) 120.
—, jugendliche, psychologische und sozialpädagogische Probleme (Bondy) 888.
—, Kastration (Ochsner) 345.
—, morphologische Erforschung (Vidoni) 888.
—, Sexual-, erbbiologische Studien (Fetscher) 888.
— im Strafvollzug, Psychopathologie (Hellstern) 238.
Kropf (Berry) 804.
— bei Basedowscher Krankheit, Jodbehandlung (Rienhoff, jr.) 318.
— bei Basedowscher Krankheit, Morbidität und Mortalität (Shephard) 203.
— -Behandlung in Pforzheimer Schulen (Lang) 696.
— -Bekämpfung (Palmieri) 450.
— -Bekämpfung durch Vollsalz (Wagner-Jauregg) 201; (Breitner) 573.
—, endemischer, Ätiologie (Michelson) 805.
— -Epidemie in Sardinien (Ottonello) 200.
— während Geschlechtsreife, Gas- und Jodstoffwechsel (Eckstein u. Mommer) 867.
— bei Indianern (Rush u. Jones) 805.
—, Jodbehandlung (Kluge) 450; (Rausch) 451.
— beim Kind (Eckstein u. Mommer) 867; (Eckstein u. Nuelle) 867.
— beim Kind, Jodbehandlung (Heid) 805.
— -Metastase im Schädel (Dreesmann) 531.
—, motorische Funktion, bei experimenteller Polyneuritis (Winokurow) 142.
—, Radiumbehandlung (Scal) 452.
Krüppelfürsorge (Gau) 607.
Krüppelpsyche (Wetzel) 157; (Proebster) 511.
Krystallbildung im Gehirn (Omorokov) 361.

Digitized by Google

Krystallisationsprozeß im Zentralnervensystem (Omorokow) 833.
Kuhpockenimpfung, Encephalitis nach (Bouwdijk Bastiaanse) 69.
Kulturmenschen, Geistesstörungen (Levy-Suhl) 651.
Kulturpathologie (Giese) 160.
Kulturpsychopathologie (Levy-Suhl) 651.
Kulturschande (Noack) 127.
Kunstform und Kind (Schläger) 44.
Kyphosis dorsalis juvenilis [Scheuermann] (Valtancoli) 798.

Labyrinth-Ausfall, Drehnachnystagmus (Güttich) 552.
— -Bogengänge, Funktion (Spitzer) 621.
— -Erkrankung und Kleinhirnerkrankung, Differentialdiagnose (Popow) 188.
— -Erkrankung nach Schädeltrauma (Brunner) 459.
— -Erkrankung und Spontannystagmus (Mackenzie) 186.
— -Fistel, vestibulare Erregbarkeit (Charousek) 550.
— -Operation, Indikation (Bárány) 307.
— -Reaktion bei Tabes dorsalis (Rebattu) 553.
— -Reflex bei weißer Ratte, Ontogenese (Novotny) 145.
— -Reflex, tonischer, beim Kaninchen (Lorente de Nò) 622.
—, Schallwahrnehmung (Specht) 15.
— -Verlust, zentrale Kompensation (Spiegel u. Démétriades) 16.
Labyrinthitis, akute, nach epidemischer Parotitis (Grazzi) 792.
—, Neuro-, nach Cysticercusmeningitis (Güttich) 793.
—, otitische, und Meningitis serosa acuta (Boenninghaus) 61.
Lactationspsychose (Mazaćová) 229.
Lactobacillus acidophilus bei Epilepsie (Kopeloff, Lonergan u. Beerman) 332.
Lähmung s. a. Hemiplegie, Paraplegie, Diplegie.
—, Akkommodations-, bei Diphtherie (Bourdier) 651.
—, assoziative (Juarros u. Prada) 313.
—, Augenmuskel-, und Nervus vestibularis-Reizung (Wodak u. Herrmann) 194.
—, Bein-, nach Starkstromtrauma (Stier) 733.
—, Deformitäten infolge, Stoffprothesen (Silberstein) 435.
—, Epiglottis- (Marx) 86.
—, Extremitäten-, periodische (Shinosaki) 869.
—, familiäre, periodische (Favill u. Rennick) 456.
—, Gehirnnerven-, [Colletsches Syndrom] infolge Hinterhauptsbruch (Rebattu u. Bertoin) 313.
—, Gehirnnerven-, mit Halssympathicus- (Juarros u. Prada) 313.
—, Gehirnnerven-, multiple, infolge tuberkulöser Granulation an Schädelbasis (Brief) 304.
—, Gehirnnerven-, infolge Zylindrom (Sargnon u. Mayoux) 86.
—, hysterische (Bodkin) 137.
—, Larynx-, nach Schußverletzung (Spick u. Villière) 800.
—, Musculus rectus superior-, infolge Trauma (Mylius) 876.
Lähmung, Nerven-, infolge chirurgischer Behandlung bei Gesichts- und Halserkrankungen (Babcock) 312.
—, Nervus Abducens- (Archangelskij) 259.
—, Nervus Abducens-, topische Diagnose (Undelt) 863.
—, Nervus Abducens-, nach Lumbalanästhesie (Riva) 863.
—, Nervus Facialis-, Artikulationsstörungen (Panconcelli-Calzia) 863.
—, Nervus Facialis-, bei Herpes der Ohrmuschel (Ghislanzoni) 799.
—, Nervus Facialis-, und Herpes zoster (Bregman) 87.
—, Nervus Facialis-, Ionentherapie (Uarov) 440.
—, Nervus Facialis-, Liquor cerebrospinalis bei, und Encephalitis epidemica, Beziehung (Thomas u. Rendu) 441.
—, Nervus Facialis-, und Nervus Hypoglossus-Anastomose (Šercer) 87.
—, Nervus Facialis-, periphere, Behandlung (Fuchs) 800.
— des Nervus Medianus, Ulnaris und Radialis infolge traumatischen Aneurismas (Dowman) 864.
—, Nervus Oculomotorius- (Brussilovskij) 313.
—, Nervus Oculomotorius-, dissoziierte, orbitalen Ursprungs (Menestrina) 799.
—, Nervus Oculomotorius-, Pupillenphänomen (Dohme) 780.,
—, Nervus Peroneus-, (Bovy) 441.
—, Nervus Radialis-, Nervennaht bei (Fohl) 313.
—, Nervus Radialis-, bei Serumkrankheit (Carrau) 815.
—, Nervus Recurrens- (Scheinmann) 195.
—, Nervus Recurrens-, durch Aorta-Sklerose (Jülich) 195.
—, Nervus Trigeminus-, und Brückentuberkel (Ardin-Delteil u. Levi-Valensi) 184.
—, postdiphtheritische, Liquor cerebrospinalis (Fornara) 63.
—, Serum- (Binet u. Hoche) 815.
—, spastische (Marconi) 56; (Kaisin) 291.
—, supranukleäre, der Augenmuskelnerven (Adrogué) 649.
— nach Tollwutbehandlung (van den Hoven van Genderen) 313, 874; (Meisel) 703.
Lähmungszeit, sensible und motorische, bei Giftwirkung auf Froschischiadicus (Pawlisch) 755.
Längsbündel, dorsales [Schütz] (Takagi) 354.
—, hinteres, bei konjugierter Blicklähmung (Niculescu u. Bazgan) 49.
Lagereflex bei Delirium tremens (Hoff u. Schilder) 232.
Laminektomie (Lasch) 311.
— bei Paraplegie nach Wirbelsäulenfraktur (Vincent u. de Martel) 705.
Larynx-Hypoplasie und Hemiatrophia facialis progressiva (Borowskij) 560.
— -Lähmung nach Schußverletzung (Spick u. Villière) 800.
— -Muskeltonus, innerer (Ducceschi) 758.
— -Schleimhaut, Empfindungsqualitäten (Schriever u. Strughold) 624.
Lateralsklerose, amyotrophische, Gehirnveränderungen (van Bogaert) 189.

Digitized by Google

Lautsprache des Menschen, organische Wurzeln (Naunyn) 155.
Leben und Anpassung (Gemünd) 31.
Lebensinstinkt und Todesinstinkt in Selbstmord-Psychodynamik (Gartner) 656.
Leber-Struktur nach Vagusreizung (Hajós, Németh u. Enyedy) 759.
Lebercirrhose bei heredo-degenerativer Erkrankung, Wilsonscher Krankheit ähnlich (Ostertag) 899.
Ledige Frau, Probleme (Timerding) 638.
Leib-Seele-Problem (Laird) 770.
Leitungs-Anästhesie, retromaxilläre, des 2. Trigeminusastes (Birkholz) 483.
— -Aphasie (Grubel) 543.
Lendenwirbel, [5.] Sakralisation (van Neck) 84.
Lepra, Hautsensibilitätsstörungen (Rodriguez) 87.
— und Psychose (Serejski u. Frumkin) 883.
Leptomeningitis infolge Otitis (Ferretti) 786.
—, syphilitische, Tryparsamidbehandlung (Daspit) 583.
Leptomeninx, spinale, Angiocele (Guillain u. Alajouanine) 555.
Leriche-Brüning s. Sympathektomie.
Lerichsche Operation s. Sympathektomie, periarterielle.
Lérisches Zeichen in Semiotik der Nervenkrankheiten (Starker) 631.
Lernen der Tiere, Zielgerichtetheit (Tolman) 161.
Lernkurve und Intelligenzfaktor (Ruch) 378.
Leubus [Anstalt] Bericht (Linke) 898.
Lichtbehandlung s. Strahlenbehandlung.
Lidschlagreflex, Ohr- (Veits) 768.
Linkshändigkeit und Rechtshändigkeit (Smith) 385.
Linsenkern s. Nucleus lentiformis.
Lipiodol-Diagnostik des Wirbelkanals (Piccinino) 310.
— im Liquor cerebrospinalis (Forestier) 310.
— -Myelographie zur Diagnostik (Bau-Prussak) 393; (Krause) 393.
— zur Röntgenuntersuchung bei extramedullärer Geschwulst (Veraguth) 84.
— bei Rückenmarkerkrankungen (Oljenick) 309.
— bei Rückenmarkgeschwulst (Mixter) 309.
— bei Rückenmark-Röntgenuntersuchung (Smitt, Sillevis u. Bok) 83.
— zur Ventriculographie (Schuster) 54.
Lipom in weicher Gehirnhaut (Timmer) 676.
—, multiples (Babonneix u. Pollet) 814.
Lippen-Schleckphänomen bei Homosexuellen (Schmidt) 729.
Liquor der Cisterna cerebello-medullaris, Hypophysensekret (Jánossy u. Horváth) 171.
— von verschiedenen Stellen (Ayer u. Solomon) 296.
Liquor cerebrospinalis (Heinemann) 665.
— und Antikörper (Neufeld) 664.
— -Ausblasung bei Säuglings-Meningitis (Reiche) 169, 527.
—, biologische Eigenschaften (Malossi) 528.
— und Blut, Stoffaustausch (Blum) 298.
— und Blut, Verhältnis, chemische Bestandteile im (Kubie u. Schults) 298.
—, Calciumgehalt (Brucke) 172.
Liquor cerebrospinalis, chemische Zusammensetzung (Wilcox u. Lyttle) 170.
—, Chlor- und Zuckerbestimmung (Niina) 664.
—, Chloridedosierung, bei Meningitis epidemica (Negru) 60.
—, Chloridgehalt (Fremont-Smith u. Dailey) 63.
—, Cholesteringehalt (Garafeanu u. Lazar) 172.
— -Cholesteringehalt bei Psychose (Poynder u. Russell) 655.
— -Druck (Ayer) 62; (Aycock) 296.
— -Druck bei Epilepsie (Dalma) 463.
— -Druck und Histamin (Lee) 297.
— -Druck durch intravenöse Anwendung hypertonischer Lösungen (Howe) 296.
— -Druck bei Rückenmarkgeschwulst (Stookey, Merwarth u. Frantz) 311.
—, elektrische Leitfähigkeit, Goldsol- und Aurolumbal-Reaktion (Schaefer) 172.
— bei Encephalitis epidemica (Hancock) 672.
— -Eosinophilie bei Meningitis cerebrospinalis (Izard) 295.
— bei Epilepsie (Hamilton) 463.
— bei Gehirngeschwulst (Smith) 73, 858.
— und Gehirnödem (Magnus) 173.
—, Goldsol-, Benzoe-, und Mastixreaktion, Vergleich (Cockrill) 64.
—, Goldsolkurve, bei Syphilis (Wendt) 529.
— bei Infektionspsychosen (Herz) 883.
—, Kolloidreaktion (Mingazzini) 406; (Manjkovskij u. Šaraskij) 529.
—, dritter Kreislauf (Cushing) 488.
—, Lipiodol in (Forestier) 310.
— bei Meningitis (Baumritter) 168.
— bei Meningitis und Meningismus (Brugi) 169.
— bei Meningitis tuberculosa (Constantinescu u. Cristea) 787; (Benoliel) 788; (Repaci) 788.
— bei Nervus Facialis-Lähmung (Thomas u. Rendu) 441.
— und Ovarium, Beziehung (Vogt) 527.
— bei postdiphtheritischer Lähmung (Fornara) 63.
— bei Psychose (Plaut) 906.
— -Punktion, cerebrales Fieber infolge (Strecker) 300.
— -Reaktion (Taccone) 665.
— -Reaktion, Theorie u. Praxis (Georgi u. Münch) 173.
—, reduzierende Substanz im (Forti) 528.
—, Refraktometerwert (Jones) 665.
— nach chemischer Reizung, qualitative Zelluntersuchung (Krey) 143.
— zur Rückenmarkgeschwulst-Diagnose (Grosz) 192.
—, Säurebasegleichgewicht im, bei experimenteller Acidose (Cestan, Sendrail u. Lassalle) 63.
— -Schranke, Blut-, Beschaffenheit (Flatau) 528.
— -Studien, dynamische, bei lateraler Sinusthrombose (Tobey jr. u. Ayer) 295.
—, bei Syphilis (Babonnex u. Pollet) 102; (Efron u. Grzebin) 324; (Förtig) 324, 529; (Kafka) 407; (Israelson u. Krizman) 701.
— bei Syphilis cerebrospinalis (Wile u. Keim) 214.
— bei Syphilis congenita (Petrov u. Zacharjevskaja) 214.

Digitized by Google

Liquor cerebrospinalis bei Syphilis des Nervensystems (O'Leary u. Nelson) 299; (Haguenau) 530.
— bei Syphilis des Nervensystems, Osmotherapie (Leyberg) 216.
— bei Syphilis des Zentralnervensystems nach Malariabehandlung (Scherber u. Albrecht) 587.
—, Temperatur (Giuffrè u. Mannino) 664.
—, thermolabile Wassermannsche Reaktion (Garriga) 665.
— nach Trauma (Stulz u. Stricker) 329.
—, Tuberkelbacillenzüchtung aus (Weise u. Fernbach) 406.
—, vergleichende Untersuchungsmethoden (Gržebin u. Minsker) 299.
—, Weichbrodtsche Sublimatreaktion (Krebs) 172.
—, xanthochromer, bei Syphilis spinalis inferior (Guillain, Lechelle u. Péron) 872.
—, Zellen- und Eiweißgehalt (v. Neel) 404.
Liquordrainage bei Poliomyelitis (Montgomery u. Cole) 189.
Liquorinjektion von Paralytikern beim Kaninchen (Plaut) 906.
Liquorzucker bei Encephalitis epidemica (Halliday) 176.
— -Gehalt (Stowe) 530; (Niina) 664.
Littlesche Krankheit s. Kinderlähmung, cerebrale.
Lobelin-Ingelheim (Leibbrand) 394.
— und Opiumvergiftung (Brdiczka) 394.
Lobus cinguli, Spezialzellen (v. Economo) 833.
— frontalis-Geschwulst (Escuder Núñez) 546; (Hernandez Ramirez u. Barrancos) 859.
— frontalis-Geschwulst mit Somnolenz (Lechelle, Alajouanine u. Thévenard) 74.
— insulae, Spezialzellen (v. Economo) 833.
— parietalis-Erkrankung, Abkühlungsversuche (Wodak) 188.
— temporalis-Absceß mit Mastoiditis (Siegmeister) 678.
— temporalis-Absceß, otogener (Hofmann) 677.
— temporalis-Absceß und subdurales Hämatom der Regio frontotemporalis (Horniček u. Janota) 704.
— temporalis-Geschwulst, Augenphänomen bei (Lillie) 183.
Lokalanästhesie bei intrakraniellen Eingriffen (Olivecrona) 520.
Lokalkontusionsneurose (Bechterew u. Schumkow) 461.
Lokomotionsbewegung bei Säugern, nervöse Regulierung (Laughton) 21.
Lombarthritis, Röntgenbild (Raynaud, Lacroix, Boutin u. Marill) 558.
Ludwig II., Tagebuch (Grein) 472.
Lues s. Syphilis.
Luftbäder (Marcuse) 288.
Luftfüllung, Gehirn-, bei Meningitis und Epilepsie (Trömmer) 282.
Lumbal-Anästhesie s. Rückenmarks-Anästhesie.
— -Flüssigkeit s. Liquor cerebrospinalis.
Lumbale Rückenschmerzen (Berry) 778.
Lumbalgischer Symptomenkomplex nach Trauma (Diez) 109.
Lumbalisation des 1. Sakralwirbels (Léri) 797.
Lumbalpunktion (Perkel) 407.
— bei Medinalvergiftung (Pewny) 702.
— -Migräne (Alpers) 407.
— bei progressiver Paralyse (Marie u. Chevallier) 467.
— und Polyurie bei Diabetes (Rathery u. Dreyfus-Sée) 171.
—, Pyocyaneus-Meningitis nach (Levy u. Cohen) 786.
— bei Syphilis (Hoffmann) 326.
—, Temperatur, Blutdruck und Diurese (Michaux, Lamache u. Poulet) 297.
Lumbalwirbel, isolierter Bruch des Processus transversus der (Solcard) 330.
Lumbarthritischer Symptomenkomplex nach Trauma (Diez) 109.
Lumbosacrale Wurzelneuralgie (André-Thomas u. Phelipeau) 690.
Luminal (Schneller) 840.
— -Übergang in Milch bei epileptischer Mutter (Frensdorf) 873.
— -Vergiftung, chronische (Villaverde) 872.
Lungenkranke, Psychotherapie (Kollarits) 846.
Lungentuberkulose s. a. Tuberkulose.
—, Muskelkrämpfe (Wießner) 589.
—, Psyche bei (Stern) 43.
Luschkasche Foramina bei Gehirnerkrankungen und Psychose (Bateman) 257.
Lustgefühl und Tätigkeit (Winkler-Hermaden) 38.
Lustmord, sadistischer, im Alkoholrausch (Harbitz u. Vogt) 232.
Lymphangioplastik des Unterhorns des Seitenventrikels bei Hydrocephalus internus (Sokolowski u. Irger) 663.
Lymphsystem, Innervation (Lawrentjew) 763.
Lyssa s. Tollwut.

Märchen und Phantasie des Kindes (Bühler) 40.
Magen-Funktion, sekretorische und motorische, und Gehirngeschwulst (Busik u. Mitnitzky) 648.
— -Innervation, afferente (Schilf) 269.
— -Läsion, traumatische, und vegetatives Nervensystem (Schönbauer u. Whitaker) 260,
— -Motilität beim Vogel und Nervenwirkung (Doyon) 764.
Magendrüsen-Sekretion bei Geisteskranken (Stanojević) 655.
— -Sekretion, nervöser Mechanismus (Bickel) 269.
Magenmuskulatur-Motalität und vegetative Nerven (Nolf) 764.
Makrobasie bei encephalitischem Parkinsonismus (Šebek) 670.
Makroglia und senile Plaques (Timmer) 228.
Malaria-Ataxie, akute (Amossov u. Lindtrop) 875.
—, Gehirn-, Behandlung (Cordes) 674.
—, Gehirn-, tropisch perniciöse (Higier) 674.
— -Psychose (Perelmann) 720.
— tertiana, benigne, Inkubationsperiode (Rudolf) 715.
—, Webersches Syndrom (Brighenti) 178.
Malariabehandlung (Kauders) 466.
—, Erythrocytenvermehrung (de Rudolf u. Ramsay) 225
—, intravenöse (Nyssen) 338.
— progressiver Paralyse (Warstadt) 113; (Scarpini u. Befani) 114; (Pastrovich) 115; (Nonne)

Digitized by Google

115, 466; (Marie) 116; (Yorke) 116; (Artwiński u. Ostrowski) 224; (Mosgowoi u. Ssobolewskaja) 225; (Markuszewicz) 465; (Marie u. Chevallier) 467; (Bálint) 598; (Kafka) 598; (Fleck) 714; (Nicole u. Steel) 714; (Jossmann) 736; (Hackebusch) 820; (Schulze) 820; (Bosch u. Mó) 820.
Malariabehandlung progressive Paralyse und Gehirnsyphilis (Skalweit) 225.
— progressiver Paralyse, erworbene Immunität (Nicole u. Steel) 820.
— progressiver Paralyse, Peptidasenhaushalt (Pfeiffer, Standenath u. Weeber) 819.
— progressiver Paralyse und Recurrensbehandlung (Wagner v. Jauregg) 114.
— progressiver Paralyse mit anschließender Salvarsan- und Bismutbehandlung (Créteur) 598.
— progressiver Paralyse, Spirochätenfunde (Forster) 224.
— bei Psychose (Marie) 466.
— bei Syphilis des Nervensystems (Artwiński u. Ostrowski) 224; (Šaravskij) 587.
— bei Syphilis des Nervensystem, Liquor cerebrospinalis (Scherber u. Albrecht) 587.
—, Wirkungsmechanismus (Hoff u. Silberstein) 597.
Malariainokulation bei progressiver Paralyse (Sacabejos) 715.
Malariaparasitologie (Kirschbaum) 467.
Mamma, Innervation (Kahn) 768.
Manganbehandlung und Blutdruck (Nott) 395.
Manisch-depressives Irresein (Lange) 232.
—, konstitutioneller Habitus (Henckel) 468.
—, Stoffwechseluntersuchungen (Klemperer) 340.
— bei Zwillingen (Gordon) 233.
Manische Cyclophrenie, sprachliche und mimische Reflexe (Iwanow-Smolensky) 232.
Manisches Element in Paranoia (Ewald) 723.
Markerkrankung, degenerative, bei amaurotischer Idiotie (Ostertag) 10.
Markscheiden-Entwicklung und Fettkörnchenzellen (Berberich) 737.
Masern und Poliomyelitis (Tronconi) 794.
Massage, Nerven- 845.
Massenprüfung, psychologische, bei Berufsberatung (Lang) 636.
Mastdarm, corticale Innervation (Smirnov) 767.
Mastixreaktion, bikolorierte, bei Sclerosis multiplex, Encephalitis und Geistesstörung (Thurzó) 406.
— im Liquor cerebrospinalis (Cockrill) 64.
Mastoidcholesteatom, Pachymeningitis nach (de Kerangal) 403.
Mastoiditis, akute, mit Gehirnabceß, Sinusthrombose und Meningitis (Polisar) 678.
— beim Kind, Trigeminusläsion (Aloin) 531.
— und Lobus temporalis-Abceß (Siegmeister) 678.
Masturbation, chronische (Nachmansohn) 342.
Medikamentöse Behandlung bei Psychose (Stransky) 59.
Medinal zur In ektion (Vagedes) 516.
— -Vergiftung, Lumbalpunktion (Pewny) 702.
Medizin, gerichtliche [Leitfaden] (Lustig) 475.
—, gerichtliche, und Psychanalyse (Antheaume u. Schiff) 46.
Medizin, innere [Handbuch] (v. Bergmann u. Staehelin) 48.
—, klinische [Enzyklopädie] (Langstein, v. Noorden, Pirquet u. Schittenhelm) 161.
— und Psychologie (Schulte) 32; (Jaensch) 32.
Medulla oblongata-Geschwulst (Kryšev-Isnar) 555.
— oblongata-Geschwulst, Hydrocephalus infolge (Bucciardi) 662.
— oblongata-Gliom (Carpi) 424.
— oblongata, extrapiale Gliose, bei Syphilis des Nervensystems (Lhermitte) 872.
— oblongata-Neurom bei Bulbärparalyse (Marinesco u. Draganesco) 683.
Medullaranlage bei Urodelen (Goerttler) 356.
Megalencephalie (Gerlach) 4.
Melancholie, abweichende Erscheinungen (Wiersma) 233.
— bei Dementia praecox (Halberstadt) 719.
—, Opiumbehandlung (Schmitz) 286.
— und Organfunktion (Badonnel) 471.
— und periodische Depression (Benon) 233.
— oder psychasthenische Verstimmung (Breukink) 604.
—, rezidivierende (Benon) 233.
Mendel-Bechterewscher Reflex (Seletzki) 30.
Menièrescher Schwindel, Chirurgie (Hautant, Durand u. Aubry) 550.
Meningeal-Blutung (Achard) 403.
— -Blutung, vorgetäuscht durch Cerebrospinalmeningitis (Chalier u. Schoen) 526.
— -Blutung, Glykosurie (Nicolaysen) 170.
— -Blutung, Liquor cerebrospinalis-Druck (Pagniez) 295.
— -Encephalitis epidemica (Martin) 300.
— -Geschwulst, diffuse (Boyd) 404.
— -Geschwulst, multiple (Krivy) 86.
— -Syndrom (Besta) 168.
Meningen, harte, Struktur (Bluntschli) 487.
— -Permeabilität gegenüber Bismut (Barbaglia) 405.
— -Permeabilität, Menstruation und Schwangerschaft (Benda) 298.
— -Permeabilität und Psychose des Rückbildungsalters (Walter) 299.
—, Rückenmark-, Trauma (L'Heureux u. Ingelrans) 706.
—, weiche, Lipombildung (Timmer) 676.
Meningismus, Liquor cerebrospinalis (Brugi) 169.
Meningitis s. a. Pachymeningitis.
— acuta beim Schwein (Brunschwiler) 331.
—, aseptische (Schmiegelow) 524.
Meningitis cerebrospinalis (Chalmers) 401.
—, Liquor cerebrospinalis-Eosinophilie (Izard) 295.
—, Meningialblutung vortäuschend (Chalier u. Schoen) 526.
— und Pfeifferscher Bacillus, Beziehung (Urech u. Schnyder) 402.
— in Preußen 1923/24 (Seligmann u. Pieper) 785.
—, rezidivierende (Zoeller) 60.
— mit Rückfällen (Izard) 295.
— beim Säugling, Diagnostik (Mogilnicki) 170.
—, Serumbehandlung (Schmidt) 786.
—, syphilitische (Milani) 213.

Digitized by Google

Meningitis cerebrospinalis, syphilitische, akute fieberhafte (Kozernikov u. Chavskij) 325.
Meningitis, Cysticercus-, und Neurolabyrinthitis (Güttich) 793.
—, eitrige, Abceßbehandlung (Jacob u. Wendt) 786.
—, eitrige, bei Gehirnabsceß (Bregmann u. Simchowicz) 679.
— epidemica, Chloridedosierung im Liquor cerebrospinalis (Negru) 60.
—, Gehirnluftfüllung (Trömmer) 282.
— durch Insolation (Bonaba, Pereira u. Petriello) 62.
—, Lepto-, infolge Otitis (Ferretti) 786.
—, Lepto-, syphilitische, Tryparsamidbehandlung (Daspit) 583.
—, Liquor cerebrospinalis (Baumritter) 168; (Brugi) 169.
—, Liquor cerebrospinalis-Ausblasung (Reiche) 169.
— bei akuter Mastoiditis (Polisar) 678.
—, Meningokokken-, mit Rückfällen (Izard) 295.
—, otitische (Piquet) 403.
—, otogene, eitrige, septische (Maloens) 60.
—, otogene, fulminante (Martino) 61.
—, Pathogenese (Izard) 295.
—, Pest- (Paso) 169.
—, Pneumokokken-, bei Kindern (Acuña u. Casaubon) 849.
—, primäre seröse (Luntz) 170.
— pseudomeningococica [Chorioependymitis] (D'Antona) 618.
—, Pyocyaneus-, nach Lumbalpunktion (Levy u. Cohen) 786.
—, Säuglings-, Liquor-Ausblasung (Reiche) 527.
— serosa (Kobrak) 526; (Beutter) 526.
— serosa acuta nach otitischer Labyrinthitis (Boenninghaus) 61.
— serosa, Augenerkrankungen (di Marzio) 403.
— serosa circumscrpita spinalis (Kostilivý) 80.
— serosa interna, unter dem Bilde von Gehirngeschwulst (de Montaud) 850.
— serosa, protrahierte otogene (Blumenthal) 850.
— serosa und Pseudo- (Zandowa) 661.
— serosa und Pseudotumor cerebri (Pedrazzini) 789.
— bei Syphilis (Monateri) 700.
— syphilitica mit progressiver Paralyse, Atrophia olivocerebellaris infolge (Kufs) 792.
— syphilitica mit Temperatur (Slonimskaja) 871.
— traumatica (De Toni) 789.
— tuberculosa (Covone) 169; (Holliday) 787.
— tuberculosa, tonischer Halsreflex bei (Wechsler u. Brock) 403.
— tuberculosa, Liquor cerebrospinalis (Constantinescu u. Cristea) 787; (Benoliel) 788; (Repaci) 788.
— tuberculosa, Sauerstoffeinblasung (Klinka) 789.
— tuberculosa, Solitärtuberkel und Paralysis agitans, Beziehung (Deist) 526.
— tuberculosa und syphilitica, Differentialdiagnose (Guccioni) 786.
— und Zentralnervensystem-Anaphylaxie (Preioni) 60.
Meningo-Encephalitis und Atheromatose bei Syphilis mit paranoider Demenz (Damaye u. Briau) 68.
— -Encephalitis, diffuse akute syphilitische (Margulis) 699.
— -Encephalitis haemorrhagica malariae (Higier) 674.
— -Encephalitis beim Kind (Brock) 524.
— -Encephalitis, Milzbrand (Paso u. Barni) 409.
— -Encephalo-Myelitis, fieberhafte, syphilitische (Margulis) 870.
— -Myelitis des Lendenmarks (Molin de Teyssieu u. Rubenthaler) 188.
— -Neuritis des 8. Hirnnervenpaares infolge Syphilis (Ramadier) 583.
Meningocele im Gehörgang (Boenninghaus) 61.
— spinalis spuria traumatica (Chodkov) 330.
Meningokokkämie (Merklen, Wolf u. Froelich) 525.
Meningokokken-Epidemie (Vialard u. Darléguy) 525.
— -Infektion, epidemiologische Untersuchungen (Thomsen) 402.
— -Infektion ohne Meningitis (Ascoli) 402.
— -Meningitis s. Meningitis cerebrospinalis.
Meningokokkenserum, Anti-, Flockung (Dujarric de la Rivière u. Roux) 785.
— -Therapie (Nestor u. Codreanu) 403.
Meningopolioencephalitis (Cornwall u. McKendree) 68.
Menschwerdung, Geschlecht und Gesellschaft in der Zeit der (Hofschlaeger) 37.
Menstruation und latente Gehirnerkrankung (Hoff) 385.
— und Meningenpermeabilität (Benda) 298.
—, vorzeitige (Wheelon) 698.
Meralgia paraesthetica (Long u. Mozer) 314.
Mesaortitis syphilitica und progressive Paralyse (Coenen) 596.
— syphilitica und Tabes dorsalis (Kessler) 688.
Mesencephalo . . . s. a. Mittelhirn.
Mesencephalopontiner Kern mit Blasenzellen (Niculescu) 2.
Mesenterialplexus, unterer, Neurose (Escudero) 725.
Mesurol bei Syphilis (Hoffmann) 326.
Metapsychologie (Wagner-Jauregg) 280; (Müller-Braunschweig) 641.
Metastasen im Rückenmark (Muratori) 862.
Metasyphilis, Behandlung (Kalischer) 715.
—, Dystrophia musculorum progressiva infolge (Zordan) 701.
—, experimentelle Studien (Hoff u. Pollak) 81.
—, Muskelatrophie infolge, und Tabes dorsalis (Kino u. Strauss) 688.
—, Silbersalvarsan- und Quecksilber-Behandlung (Garai) 586.
Metencephalitis chronica mit psychischen Störungen (Wilckens) 851.
Metencephalitische und schizophrene Störungen, Differentialdiagnose (Leyser) 719.
Meteorismus, Plethora und Psyche (Löwy) 284.
Methylchlorid-Vergiftung (Schwarz) 873.
Migräne (Hajdu) 127.
—, Analyse (Gutheil) 440.
— und Epilepsie (Redlich) 333.
— mit Flimmerskotom (Beyer) 312.

Digitized by Google

Migräne und „Formes frustes" der Sinusitis, Beziehung (Béhague u. Dufourmentel) 440.
—, klinische Studien (Christiansen) 312.
—, Lumbalpunktion- (Alpers) 407.
—, Pathogenese (Vallery-Radot) 312.
—, Psychose infolge (Mingazzini) 824.
Mikrencephalie, infolge Pachymeningitis haemorrhagica interna bei Möller-Barlowscher Krankheit (Stroh) 259.
Mikrocephalie bei javanischem Mädchen (Lange) 616.
— bei Idiotie [Giacomini] (Vivaldo) 222.
Mikroglia - Hortega - Zellen, Bewegungsfähigkeit (Metz) 8.
— -Hortega-Zellen, phagocytäre Tätigkeit (Penfield) 9.
— und senile Plaques (Timmer) 228.
Milchsäurebildung im Muskel (Meyerhof u. Lohmann) 367.
— bei Tetanus (Embden, Hirsch - Kauffmann, Lehnartz u. Deuticke) 755.
Milieu, Vererbung und Degeneration (Ley) 730.
Milzbrand-Encephalitis (Urechia u. Elekes) 409.
— -Meningoencephalitis (Paso u. Barni) 409.
Mimischer Ausdruck, Deutung (Buijtendijk u. Plessner) 35.
Minderjährige in Rußland, sozialrechtlicher Schutz (Oseretzky) 239.
Minderwertige, geistig, Bewahrung (Waetzold) 480.
—, Sterilisation bei (Gaupp) 832.
Mischpsychose und Krankheitseinheit (Gaupp u. Mauz) 653.
Mischzustände bei Geisteskranken (Révész) 285.
Mißbildung s. a. die einzelnen Mißbildungen.
—, amniogene (Mathis u. Angerer) 259.
— des Zentralnervensystems (Szily) 614.
Mittelhirn (Kleist) 541.
—, autonomes Gehirn des (Dezwarte) 12.
— -Geschwulst (Neiding) 184.
— -Kleinhirnverbindung bei Säugern (Baba) 1.
Mittelohrentzündung s. Otitis media.
Mittelohrraum-Totalaufmeißlung, atypische Zeigereaktion (Urbantschitsch) 552.
Möller-Barlowsche Krankheit und Mikrencephalie infolge Pachymeningitis haemorrhagica interna (Stroh) 259.
Mongolide Idiotie s. Idiotie, mongoloide.
Mongolismus s. Idiotie, mongoloide.
Moravcsik-Gedenkbuch 127.
Mord durch Kopfschuß (Kockel) 891.
Morphinismus (Vértes) 128.
—, Behandlung (Bonhoeffer) 721.
— -Entwöhnung und Rückfälle (David) 230.
— und Gerichtsarzt (Wimmer) 229.
— und Homosexualität (Krauss) 883.
—, Statistik (Jacob) 471.
— und Veronal-Vergiftung (Creutzfeldt) 884.
Morphiumvergiftung (Kersten) 230.
—, Speichelreflex nach (Collins u. Tatum) 620.
Motilitätspsychose (Ewald) 340.
Motorik, frühkindliche, und psychische Entwicklungshemmung (Bostroem) 178.
—, Körperbau und Charakter (Gurewitsch) 891.
Motorische Funktion beim Kind, Ozeretzky-Tests (Merkin) 379.
Motorische Leistungen der Thalamuskatzen (di Giorgio u. Simonelli) 746.
— Reflexe, viscero- (Miller u. Waud) 493.
München, psychiatrische Klinik in (Mapother) 898.
Mundhöhle-Neurinom (Terplan u. Rudofsky) 614.
—, Schmerzempfindlichkeit (Schriever) 17.
Musculus gastrocnemius, Frosch-, Härteveränderungen (Klotz) 500.
— pectoralis minor, Variation (Lambert) 361.
— quadriceps femoris-Tonus und sympathische Innervation (Kuntz u. Kerper) 366.
— rectus superior-Lähmung nach Trauma (Mylius) 876.
Musik und Gehirnhemisphärenfunktion, Beziehung (Henschen) 490.
Musikalische Begabung, Prüfung (Brehmer) 153.
Musikalisches Gefühl, Prüfung (Schoen) 153.
Muskel, Chronaxie der, Acidose und Alkalosewirkung (de Waele) 146.
— -Dystrophie s. Dystrophia musculorum.
— -Endplatten, Protoplasmabau (Noël) 135.
— -Ermüdung (Meyerhof u. Lohmann) 757.
— -Ermüdung, kolloidchemische Veränderungen (Embden u. Jost) 367.
— -Erregbarkeit, galvanische, bei Epilepsie (Hopmann) 593.
—, Frosch-, enervierter, Physiologie (Fontes) 627.
—, Frosch-, Härte (Klotz) 500.
—, Frosch-, Röntgenstrahlenwirkung (Kushner) 757.
—, gelähmter, Funktion, experimentelle Untersuchungen (La Gruta u. Horowitz) 19.
—, gelähmter, bei peripherischer Nervenläsion (Pollock) 799.
—, glatter, Innervation (Veach u. Pereira) 266. (Veach) 763.
—, glatter, Physiologie (Tsubura) 495.
— -Glykogengehalt und Adrenalinhyperglykämie (Ohara) 208.
— -Hypertrophie neuritischen Ursprungs (Manjkovskij) 559.
—, immobilisierter, nach Nervendurchschneidung (Avellone u. di Macco) 18; (Rotolo) 18; (Horowitz) 19.
—, Kaltblüter-, Acetylcholincontractur (Schäffer u. Licht) 756.
—, Kaninchen-, Blutversorgung (Stoel) 626.
— -Krämpfe bei Lungen- und Pleuratuberkulose (Wießner) 589.
— -Kreatinspiegel bei Vergiftungscontracturen gestreifter Muskeln (Schwartz u. Oschmann) 756.
— -Polarisation, Messung (Ebbecke) 843.
—, Skelett-, Blutkreislauf im, und Nervus depressor beim Kaninchen (Jarisch) 626.
—, Skelett-, Latenzperiode (Fulton) 496.
—, Skelett-, und Tetanus (Wyss) 149.
— -Spasmus (Bing) 106.
— -Tremor (Beall) 648.
— -Verdickungskurven, antagonistische, beim Kind (Doxiades) 629.
—, Wärme- und Spannungsentwicklung (Hill) 150.
—, willkürlicher, Atrophie (Milone) 496.
— der Wirbellosen, und Elektrolyte (Hogben) 843.
— -Zuckungen bei Kuh (Trepel) 111.

Digitized by Google

Muskel, Zwischenrippen-, respirotarische Funktion (van Gelderen) 368.
Muskelarbeit, Milchsäure und Sauerstoff (Lythgoe u. Pereira) 150; (Pereira) 150.
— und Sauerstoff-Verwendung (Hill u. Long) 367.
Muskelatrophie, cerebrale, mit Entartungsreaktion (Albrecht) 901.
—, diffuse, progressive, mit myasthenischen Symptomen (Delbeke u. van Bogaert) 684.
— und Hemiplegie bei Gehirngeschwulst (Albrecht) 734.
—, metaluische, bei Tabes dorsalis (Kino u. Strauss) 688.
—, progressive, peroneale (Mirvish) 323.
—, spinale, bei Syphilis (Guttmann) 102.
—, syphilitische, der Arme mit Halswirbelsäulenfraktur (Léchelle u. Weil) 871.
Muskelcontractur, Augen-, hysterische (Balduzzi) 886.
Muskelfasern des Froschgastrocnemius, bisegmentale Innervation (de Boer) 17.
— des Froschgastrocnemius, monosegmentelle Innervation (de Boer) 18.
—, plurisegmentale Innervation (Fulton) 755.
Muskelgewebe, quergestreiftes (Locatelli) 496.
Muskelkontraktion, ipsilaterale, und Hemmungsrhythmus (Fulton u. Liddell) 20.
—, Kreatinfunktion (Tiegs) 756.
— und Milchsäurebildung im (Meyerhof u. Lohmann) 367.
— und posturale Reflexe (Delmas-Marsalet) 369.
—, tetanische, und Elektro-Physiologie (Grund) 627.
—, Untersuchungen (Wöhlisch u. Schriever) 629.
Muskelpräparat, Nerv-, des Frosches, Chronaxie-Bestimmung (Vogel) 497.
— -Transplantation auf gelähmte Muskeln (Stewart) 626.
Muskeltätigkeit, Insulin- und Traubenzuckerwirkung auf (Kollert u. John) 495.
— und vegetative Reizstoffe (Shimidzu) 627.
— bei willkürlichen Einzelbewegungen (Wachholder u. Altenburger) 23, 24; (Wachholder) 24.
Muskeltonus (Langelaan) 498.
—, Chirurgie (Wertheimer) 628.
—, Entwicklung (Seiler) 628.
— und Guanidin (Fujita) 149.
—, klinische und experimentelle Beobachtungen (Flarer) 628.
—, Physiopathologie (Bremer) 137.
— und Sehnenreflex (Langelaan) 30.
—, Skelett-, Verteilung (Tuttle) 149.
— und sympathische Innervation (Hunter) 499.
— und Temperatur (Emery) 500.
Muskelwirkung der Xanthinderivate (Takahashi) 368.
Muskulatur, glatte, Nervennetze (Tiegs) 742.
—, glatte, und Reizhäufigkeit (Veach u. Pereira) 360.
Mutismus, extrapyramidaler (Gurewitsch u. Tkatschew) 302.
Myasthenie (Sgrosso) 684.
—, graphische Studie (Cedrangolo) 78.
—, Pathogenese (Marinesco) 78.
Myasthenie-Symptome bei diffuser progressiver Muskelatrophie (Delbeke u. van Bogaert) 684.
— -Symptome und Tonusveränderung (Krupenin) 684.
—, Überempfindlichkeit gegen Lichtstrahlen bei (Carnot u. Terris) 78.
Myatonia congenita (Faldini) 560; (Miraglia) 560.
— congenita Oppenheim (Cavengt) 88.
Myelitis, akute, oder Peritonismus medullären Ursprungs (Marin Moreno) 53;
— dorsolumbalis nach Tollwutbehandlung (Mârtz) 433.
—, funikuläre, bei perniziöser Anämie (Meulengracht) 433.
—, Kompressions-, pathologische Anatomie (Pines) 308.
—, Meningo-Encephalo-, fieberhafte syphilitische (Margulis) 870.
—, Meningo-, des Lendenmarks (Molin de Teyssieu u. Rubenthaler) 188.
Myelo-Radiculo-Polyneuritis bei epidemischer Encephalitis (Margulis) 671.
Myeloarchitektonischer Felderungsversuch (Krahmer) 135.
Myelodysplasie und Rachidysplasie (López Albo) 835.
Myelographie (Peiper) 83.
— bei extramedullärer Geschwulst (Veraguth) 84.
— mittels Jodipin bei Rückenmarkgeschwulst (Albrecht) 192.
—, Lipiodol-, zur Diagnostik (Bau-Prussak) 393; (Krause) 393.
—, Rückenmark-, mittels Lipiodol (Smitt, Sillevis u. Bok) 83.
Myelom, multiples (Pentman) 174.
Myokard, Rhythmizität (Athanasiu) 763.
Myoklonie und Epilepsie (Pelnář) 588.
Myoklonische Asynergie der Augen (Tyczka) 185.
Myopathie und angeborene Encephalopathie (Faldini) 560.
Myotonia atrophica (D'Antona) 323.
Myxödem (Sturgis u. Whiting) 577.
— nach Basedowscher Krankheit infolge Röntgenbehandlung (Gram) 451.
—, Diagnose und Behandlung (Korchov) 807.
—, Elektrokardiogramm (Thacher u. White) 577.
— fruste, Ovarien und Testikel, Beziehung (Sergent) 205.
— und Infektionskrankheiten (Marinesco) 320.
—, postoperatives, nach Basedowscher Krankheit (Seulberger) 807.
—, Thyrotoxinwirkung (Boothby, Sandiford u. Slosse) 204.

Nacht, Pathologie der (Weber) 164.
Nacken-Trauma, schmerzhafte Ausstrahlungen (Naville) 461.
Nanismus s. Zwergwuchs.
Narkolepsie (Matzdorff) 221.
— nach Encephalitis epidemica (Stiefler) 534.
—, Pathogenese (Manjkovskij) 710.
Narkomanie, subcutane Sauerstoffbehandlung (Bogomolov) 721.
Narkose, Elektro-, und Hirnödem (Jacobi u. Magnus) 13.

Digitized by Google

Narkotismus und Kriminalität (Wwedenskij) 230.
Narzismus und Homosexualität (Gerster) 235.
Nasenhöhlengeschwulst (Terplan u. Rudofsky) 614.
Nasenschleimhaut, Empfindungsqualitäten (Schriever u. Strughold) 624.
Natriumthiosulfat bei Quecksilbervergiftung (Haskel, Henderson u. Hamilton) 702.
— bei Salvarsanschäden (Ullmann) 459.
Nebenhöhlen-Erkrankung und Gehirnerkrankung, Vergleich (Stuart jr.) 163.
Nebennieren, adrenalinbildende Funktion (Tournade) 97.
— -Insuffizienz und Kopfschmerz (Cornil) 209.
— -Insuffizienz, Untersuchungen (Stewart u. Rogoff) 209.
— bei pseudaffektiver Hyperglykämie (Bulatao u. Cannon) 99.
— und Thyreoidea, Beziehung (Zwemer) 98.
— -Virilismus (Fawcett, Hadfield u. Phillips) 811.
Nebennierenmark, pseudaffektive Sekretion (Cannon u. Britton) 98.
Nebennierenrinde (Porak) 810.
— bei Dementia praecox (Gibbs) 468.
— -Drüse (Porak) 208.
— und Körperwachstum (Castaldi) 810.
Nebenschilddrüse s. Parathyreoidea.
Neigungsgefühle, unmittelbare (Klages) 639.
Nekrose in Hypophyse (Kraus) 567.
Neosalvarsan-Injektion, intravenöse, Tod nach (Photakis) 104.
Neostrontan bei Schmerzen (Löwenberg) 58.
Nerven-Chirurgie (Sharpe) 399.
— -Färbung, vitale (Reisinger) 131.
— -Hemmungen, peripherer Sitz (Pereira) 265.
—, Herz-, Wirkung der, humorale Übertragbarkeit (Navratil) 762.
—, Kopf-, von Ganoiden (Norris) 360.
—, Mäuse-, parabiotische Vereinigung (Morpurgo) 18.
—, markhaltige, Erregungsvorgang im, und elektrische Durchströmung (Schulze) 497.
— -Massage 845.
—, periphere, Anästhesie und Vorbeizeigen (Přecechtěl) 622.
—, periphere, und experimentelle multiple Sklerose (Minea) 141.
—, periphere, Histologie (Schroeder) 4.
—, periphere, Schußverletzung (Jacobson) 441.
— -Polarisation, Messung (Ebbecke) 843.
—, Querdurchströmung, und Erregungswellen (Chiba u. Plattner) 758.
—, Querkomponente der Erregungsleitung im (Keller u. Gicklhorn) 265.
— -Schädigung, peripherische, Neuroarthropathie (Philips u. Rosenheck) 799.
—, sensible, antidrome Leitung (Foerster) 625.
—, sensible, an Zunge (Freystadt u. Morelli) 263.
— -Syphilis s. Syphilis des Nervensystems.
— -Transplantation (Perrotti) 260.
— -Trauma nach Blitzschlag (Herrmann) 707.
—, vegetative (Schilf) 759.
—, vegetative, des Herzens, pharmakologische Reaktion (Planelles) 268.
—, vegetative, und Magenmuskulatur beim Vogel (Nolf) 764.
Nerven, vegetative, prä- und postganglionäre (Boshamer) 763.
— -Wirkung auf Magenmotilität beim Vogel (Doyon) 764.
Nervenanastomosen der Schultergegend (Turbin) 361.
Nervendurchschneidung und immobilisierte Muskeln (di Avellone u. Macco) 18; (Rotolo) 18; (Horowitz) 19.
Nervenelemente, gefärbte, und vitale Färbung des Auges (Strughold u. Karbe) 147.
Nervenendigung, motorische, Histogenese, und ausgebildete Endigungen (Iwanaga) 3, 4.
—, motorische, pathologische Veränderungen und atypische Formen (Iwanaga) 258.
—, sensible, Regeneration (Kadanoff) 365.
Nervenendplatten, motorische, in Zunge (Cajal) 742.
Nervenfaser-Abgabe von Kohlensäuremenge (Parker) 368.
— -Färbung mit Methylenblau (Balabanow) 136.
—, markhaltige, und Neuritis-optica (Hesse) 50.
—, spinale, im Sympathicus (Matsui) 754.
Nervengefäße, Bau (Hirsch) 520.
Nervenheilkunde, Aufgaben und Begriff (Weizsäcker) 48.
Nervenkrankheiten, Abteilung für, des Krankenhauses der Landesversicherungsanstalt Schlesien (Preißner) 607.
—, Blutbild (Daiber) 654.
—, Blutdruck (Szecsödy-Wehofer) 128.
—, chronische, und Zahncaries (Schenk) 648.
—, Frankfurter Fürsorgestelle für (Raecke) 124.
—, Hypnose (Breukink) 847.
—, Katalaseschwankungen (Brailovsky, Tschalissow u. Berlin) 284.
—, Lettsomsche Behandlung (Buzzard) 660.
— und Reichsversicherung (Hirt) 817.
—, Sanatorien für, und Arbeitstherapie (Dobrochotoff) 607.
—, syphilogene, Recurrensbehandlung (Plaut u. Steiner) 116.
—, Vererbung (Dana, Davis, Jelliffe, Riley Tilney u. Timme) 346.
Nervenlähmung infolge chirurgischer Behandlung von Hals- und Gesichtserkrankungen (Babcock) 312.
Nervenläsion, peripherische, gelähmte Muskeln bei (Pollock) 799.
Nervenleitung (Broemser) 841.
—, isolierte (Gildemeister) 498.
Nervennaht bei Nervus Radialis-Lähmung (Fohl) 313.
—, Technik (Kaplan) 292.
Nervennetze in glatter Muskulatur (Tiegs) 742.
Nervenpfropfung (Ballance, Colledge u. Bailey) 492.
Nervenstamm, Abschnürung (Ballerini) 14.
—, Alkoholinjektion (Nasaroff) 751.
— -Gefäßläsionen, Histopathologie (Levantowskij) 612.
Nervensystem, Amblystoma-, und Hyoscin-Hydrobromid (Burr u. Snavely) 840.
— der Bothrioplana semperi Braun (Reisinger) 131.
— und Carcinom (Redlich) 6.

Digitized by Google

Nervensystem und Cholesterininjektion (Bender) 364.
— -Erkrankung, Behandlung (Buzzard) 848.
— -Erkrankung und Ernährung (Büchler) 127.
— und Extremitäten bei Rana fusca (Dürken) 489.
—, Plathelminthen-, vergleichende Anatomie (Reisinger) 131.
— und Regeneration (Locatelli) 12.
—, sympathisches s. Nervensystem, vegetatives.
— -Untersuchungen (Worobiew) 488.
Nervensystem, vegetatives (Spiegel u. Bernis) 267.
—, Adrenalinempfindlichkeit, bei Psychose (Mc William) 656.
—, und Akrocyanose (Blumenthal u. Doxiades) 90.
—, bei Angstzuständen (Vermeylen) 603.
—, und Calciumion (Popescu-Inotesti) 15.
—, Chirurgie (Hahn) 400.
—, Chirurgie, bei Angina pectoris und Asthma bronchiale (Hofer) 289.
—, und Cumarin (Bergström) 25.
—, bei Ekzematikern (Luerssen u. Lange) 759.
—, und exsudative Diathese (Wittgenstein) 90.
—, Funktionsprüfung (Manfredi) 369.
—, und Genitalhormone, Beziehung (Prichodjkova) 808.
—, bei Hemiplegie (Périsson) 69.
—, bei Hyperthyreose (Krause) 574.
—, Insulin- und Adrenalin-Wirkung (Kogan u. Ponirowsky) 580.
—, bei Kinder-Infektionskrankheiten (Koltypin u. Bakanova) 760.
—, Leitungsgeschwindigkeit im (Mislawsky u. Schtscherbakoff) 266.
—, und parasympathisches, Nicotinwirkung (Rydin) 27.
—, pharmakologische Untersuchungen (Langeron) 759.
—, Physiopathologie (Zahradníček) 603.
—, mechanische Reflexe (Büchler u. Gombos) 127.
— im Schlaf (Salmon) 25.
—, während Schwangerschaft (Sümegi u. Liebmann) 267.
—, und hypnotische Suggestion (Marcus u. Sahlgren) 159; (Laudenheimer) 159.
—, Syphilis (Mogilnitzky) 584.
—, bei Tabes dorsalis (Barkas) 437.
—, bei Thyreoidismus (Krause) 94.
—, Tonus des, bei Psychose (Obregia, Popea u. Giurgiu) 284.
—, Wundheilung und traumatische Magenläsion, Beziehung (Schönbauer u. Whitaker) 260.
Nervensystem, zentrales, Anaphylaxie, und Meningitis (Preioni) 60.
—, Carcinomatose (Filimonov) 423.
—, metastatische, miliare Carcinomatose (Lewis) 425.
—, Chirurgie (Martynov) 519.
—, epidemische Krankheiten (Chalmers) 401.
—, herdförmige Neurogliaproduktion (Dürck) 613.
—, bei Hundestaupe (Roman u. Lapp) 110.
—, Impfschäden (Lucksch) 815.
—, Kohlehydratstoffwechsel (Uchida) 494.
—, Krystallisationsprozeß (Omorokow) 833.
Nervensystem, zentrales, Läsion, chirurgische Behandlung (Sachs) 425.
—, spontane Läsion (Bender) 495.
—, Mißbildungen (Szily) 614.
—, Neugeborener, Verfettung im (Schwartz) 834.
—, und Neuro-Psychopathologie (D'Abundo) 485.
—, nach Parathyreoidea-Entfernung (Wersilov) 811.
—, bei Pemphigus, histopathologische Veränderungen (Schreiner) 6.
—, und Sulpharsphenamin (Fordyce, Rosen u. Myers) 840.
—, Syphilis des, und Liquor cerebrospinalis nach Malariabehandlung (Scherber u. Albrecht) 587.
—, Torulainfektion (Cornwall u. McKendree) 68.
—, Zellveränderungen, bei Kretinismus und parathyreopriver Tetanie (Dye) 807.
Nervenwurzel, hintere, bei bulbärer Anämie (Coombs) 14.
Nervenzellen, Inkrustation (Conighi) 834.
— -Widerstandsfähigkeit gegen Druck (Cole) 270.
Nervine Murri (Fronda) 394.
Nervöse Erkrankungen und Adrenalinreaktion (Kylin) 647.
—, Seelenleben (Marcinowski) 237.
— Störungen bei Colitis (Savignac u. Sarles) 760.
Nervus Abducens-Hemiplegia alternans bei Encephalitis epidemica (Stella) 66.
— Abducens-Lähmung (Archangelskij) 259.
— Abducens-Lähmung nach Lumbalanästhesie (Riva) 863.
— Abducens-Lähmung, topische Diagnose (Undelt) 863.
Nervus Acusticus-Erkrankung und Spontannystagmus (Mackenzie) 186.
— Acusticus-Geschwulst (Olivecrona) 547; (Petersen) 548.
— Acusticus bei Hühnern (Tanturri) 485.
— Acusticus, Neurofibromatosis (Steurer) 860.
Nervus Depressor (Jonnesco u. Ionescu) 762.
— Depressor beim Kaninchen und Blutkreislauf im Skelettmuskel (Jarisch) 626.
Nervus Facialis-Contracturen (Grinstein) 194.
— Facialis-Krampf und Brückentuberkel (Ardin-Delteil u. Levi-Valensi) 184.
— Facialis-Lähmung, Artikulationsstörung (Panconcelli-Calzia) 863.
— Facialis-Lähmung bei Herpes der Ohrmuschel (Ghislanzoni) 799.
— Facialis-Lähmung und Herpes zoster (Bregman) 87.
— Facialis-Lähmung, Ionentherapie (Uarov) 440.
— Facialis-Lähmung, Liquor cerebrospinalis bei, und Encephalitis epidemica, Beziehung (Thomas u. Rendu) 441.
— Facialis-Lähmung, Nervus Hypoglossus-Anastomose (Šercer) 87.
— Facialis-Lähmung, periphere, Behandlung (Fuchs) 800.
— Facialis-Läsion und Syndrom letzter Gehirnnerven (Casella) 441.
— Facialis-Phänomen beim Kind in Seeklima (Falk) 454.
Nervus Hypoglossus Anastomose bei Nervus Facialis-Lähmung (Šercer) 87.
Nervus Ileoinguinalis-Neuralgie (Küster) 440.

Digitized by Google

Nervus Ischiadicus-Dehnung bei Pseudoarthrose des Unterschenkels (Maragliano) 400.
— Ischiadicus beim Frosch (Gasser u. Erlanger) 496.
— Ischiadicus beim Frosch, Lähmungszeit bei Giftwirkung auf (Pawlisch) 755.
— Ischiadicus-Geschwulst (Albrecht) 249.
— Ischiadicus-Injektion oder periarterielle Sympathektomie (Taylor u. Rice) 692.
Nervus Medianus-Lähmung infolge traumatischen Aneurysmas (Dowman) 864.
— Medianus-Naht (Caciro) 801.
Nervus Octavus, Tabakwirkung auf (Hart) 814.
Nervus Oculomotorius-Lähmung (Brussilovskij) 313.
Nervus Opticus-Atrophie, partiale, nach Blutung (Grimminger) 49.
— Opticus-Atrophie bei Tabes (Zimmermann) 438.
— Opticus-Atrophie bei Tabes, Salvarsanwirkung (Waldmann) 82.
— Opticus-Erkrankung infolge Arteriosklerose (Beselin) 50.
— Opticus-Fibroendotheliom (di Marzio) 53.
— Opticus und Gehirngeschwulst (Wood) 183.
— Opticus-Geschwulst, primäre intradurale (Hidano) 50.
— Opticus-Kreuzung und Binokular-Sehen (Bartels) 15.
— Opticus-Neuritis s. Neuritis optica.
— Opticus-Resektion bei Triton (Matthey) 619.
Nervus Peroneus-Lähmung (Bovy) 441.
Nervus Phrenicus, Chirurgie (Colmers) 521.
— Phrenicus und Nebenphrenicus, Anatomie (Yano) 135.
— Phrenicus, Perikard und Pleura pericardiaca (Ruhemann) 841.
— Phrenicus, Phrenicotomie (Kutamanoff) 135.
Nervus Radialis-Lähmung, Nervennaht bei (Fohl) 313.
— Radialis-Lähmung bei Serumkrankheit (Carrau) 815.
— Radialis-Lähmung infolge traumatischen Aneurismas (Dowman) 864.
Nervus Recurrens-Lähmung (Scheinmann) 195.
— Recurrens-Lähmung durch Aorta-Sklerose (Jülich) 195.
Nervus Splanchnicus und Oesophagus bei Katze (Veach) 763.
Nervus Sympathicus s. Sympathicus.
Nervus Thoracius longus, Kompressionslähmung (Thorek) 864.
Nervus Trigeminus-Ast (2.), retromaxilläre Leitungsanästhesie (Birkholz) 483.
— Trigeminus-Lähmung und Brückentuberkel (Ardin-Delteil u. Levi-Valensi) 184.
— Trigeminus-Läsion bei Mastoiditis des Kindes (Aloin) 531.
— Trigeminus-Neuralgie s. Neuralgie, Trigeminus-.
Nervus Ulnaris (Lubosch) 361.
— Ulnaris-Lähmung infolge traumatischen Aneurysmas (Dowman) 864.
— Ulnaris-Naht (Caeiro) 801.
— Ulnaris und Osteosklerose (Lewin u. Mac Leod) 213.
Nervus Vagus s. Vagus.
Nervus Vertebralis beim Hund (Daniélopolu u. Marcu) 2.
— Vestibularis s. a. Vestibularapparat.
— Vestibularis-Augenreflex, dissoziierter (Messing) 430.
— Vestibularis-Erregbarkeit bei cerebellarer Ataxie (Jedlička u. Henner) 77.
— Vestibularis-Erregbarkeit bei Labyrinthfistel (Charousek) 550.
— Vestibularis-Reizung bei Augenmuskellähmung (Wodak u. Herrmann) 194.
Neugeborenes, intrakraniale Blutungen (Bruce) 109; (Sharpe u. Maclaire) 816; (Larini) 877.
—, Verfettung im Zentralnervensystem (Schwartz) 834.
Neuralgie, Ciliar-, als epileptisches Äquivalent (Pötzl) 878.
—, Crural- (André-Thomas u. Phelipeau) 690.
— des Ganglion sphenopalatinum (Fisher) 85.
—, Gesichts-, und Sympathicusschmerzen (Sicard) 688.
—, Ileoinguinalis- (Küster) 440.
—, Intercostal- (Lapinsky) 691.
—, Trigeminus-, Alkoholinjektionen (Ducuing u. Viela) 689.
—, Trigeminus-, durch Arteria basilaris-Druck (Pappenheim) 438.
—, Trigeminus-, Chirurgie (Cholin) 689.
—, Trigeminus-, dentale (Rohrer) 439.
—, Trigeminus-, onyrische (Obarrio) 86.
—, Wurzel-, lumbo-sacrale (Andre-Thomas u. Phelipeau) 690.
Neuralrohr, Querschnitte (Bok) 737.
Neurasthenie, chronische hypochondrische, mit genitaler Asthenie (Reich) 726.
—, Sexual- (Reich) 726.
— und Thyreotoxikose, Differentialdiagnose (Marcovich) 574.
Neurinom, Mundhöhlen- (Terplan u. Rudofsky) 614.
Neurinomatose mit Dura spinalis-Geschwulst (Derman) 556.
Neuritis acustica nach Scopolamin-Novocain-Vergiftung (Beeger) 188.
—, Arsen-, Behandlung (Brill) 814.
— nach Kohlenoxydvergiftung (Manjkivskij) 814.
—, Meningo-, des 8. Hirnnervenpaares infolge Syphilis (Ramadier) 583.
—, Muskelhypertrophie (Manjkovskij) 559.
— optica nach Bazillenruhr (Sobhy Bey) 779.
— optica, lokalisiert mittels Saugspritze (Watson-Williams) 51.
— optica und markhaltige Nervenfasern (Hesse) 50.
— optica und multiple Sklerose, Beziehung (Friedinger) 436.
— optica sympathica (Fuchs) 50.
— retrobulbaris (Heckford) 649.
— retrobulbaris, Daueranämisierung (v. Herrenschwand) 51.
— retrobulbaris bei Hautverbrennung (Thies) 52.
— retrobulbaris und Keilbein- und Siebbeinhöhlen-Erkrankung (Miller) 52.
— retrobulbaris bei Ozaenakranken (Villard) 779.
— retrobulbaris ohne Sinusläsion (van Caneghem) 51.
—, Wurzel- (Rabinowitsch) 441.

Digitized by Google

Neuro-axitis, epidemische, [Heine-Medin] und Chorea minor (Estapé) 793.
— -Labyrinthitis nach Cysticercus-Meningitis (Güttich) 793.
— -psychiatrische Ambulatorien, Organisation (Sinowjev) 607.
Neuroarthritische Diathese, Blutfermente (Morev) 454.
Neuroarthropathie infolge peripherischer Nervenschädigung (Philips u. Rosenheck) 799.
Neurocrinie, hypophysäre (Collin) 198.
Neurodermitis, Temperatur (Kosmadis) 560.
Neurofibromatosis (Gravagna) 314; (Jost) 314.
— mit Beinparese und Lungentuberkulose (Babonneix, Touraine u. Pollet) 315.
— und Cutis verticis gyrata (van der Valk) 315.
— des Gehirns und des Nervus Acusticus (Steurer) 860.
— bei Kleinhirnbrückenwinkelgeschwulst (Heine) 860.
—, Knochenveränderung (Puech) 315.
Neuroglandulärer Apparat bei Basedow, Addison, Dystrophia adiposogenitalis, Status thymicolymphaticus und Diabetes (Mogilnizkij) 566.
Neuroglia (Ley) 837.
—, Färbungsmethode (Snessarev) 744.
—, mucinöse Degeneration (Pagès, Benoit u. Pélissier) 8.
— -Produktion, herdförmige, bei Zentralnervensystemerkrankungen (Dürck) 613.
— -Verfettung, diffuse, im Großhirnmark bei Kindern (Neubürger) 255.
Neurohypophyse s. Hypophysen-Hinterlappen.
Neurologie und Psychiatrie [Compendium] (Mayer) 280.
— und Psychiatrie [Jahresbericht 1923] (Hirschfeld) 608.
—, soziale (Ssemaško) 606.
Neuromuskuläre Erregbarkeit, Galle und Gallensalze (Lyon-Caen) 148.
Neuronen-Lehre (Klarfeld) 489.
— -Zerstörung bei postencephalitischem Parkinsonismus (McKinley, Charnley u. Gowan)537.
Neuropathische Kinder, Ernährung (Engel) 600.
Neuropathologie von Knochenerkrankungen (Jelliffe) 646.
Neurose (Loewenthal) 602.
—, Anticipations-, und Moral im Heer (Fenton) 236.
—, experimentelle, an Hund (Pawlow) 373.
—, Feersche-, des vegetativen Systems beim Kleinkind (Ihm) 474.
—, Haut-, Psychotherapie (Klauder) 725.
— bei Industriearbeitern (Osnato) 236.
—, kindliche, und Bedingungsreflex (Krasnogorski) 885.
—, kindliche, Heilung (Williams) 474.
—, Lokalkontusions- (Bechterew u. Schumkow) 461.
— des unteren Mesenterialplexus (Escudero) 725.
—, Psycho-, Behandlung (Platonov) 726.
—, Psychologie (Forel) 343.
—, Schreck-, psychomuskuläre Komponente (Sommer) 706.
— und Stoffwechseluntersuchung (Curschmann) 450.
Neurose, traumatische (Stier) 219.
—, traumatische, infolge Blitzschlag (Panse) 108.
—, traumatische, und Reichsversicherung (Buhtz) 591.
—, traumatische, vegeto-endokrin-emotive Pathogenese (Ventra) 591.
—, vasomotorische, in Supraorbitalgegend (Ivanoff) 90.
—, vegetative (Glaser) 316.
—, vegetative, beim Kind (Weitbrecht) 603.
—, vegetative, und psychische Störungen (Rosenfeld) 602.
—, Zwangs-, Deutung (Tannenbaum) 46.
Neurotiker-Zeichnung und Persönlichkeitsstudium (Lewis) 236.
Neurotische Störungen bei Kopftrauma (Hall) 108.
Neurotisches Seelenleben und Traum (Levi-Bianchini) 237.
Neurotropismus und progressive Paralyse (Marie u. Levaditi) 819.
Netzhaut s. Retina.
Nicotin und immobilisierte Muskeln (Horowitz) 19.
— und sympathisches Nervensystem am Froschherz (Rydin) 27.
Nieren-Erkrankung, Hypophysenvorderlappen (Berblinger) 91.
— -Innervation (Bloch) 765.
— -Sarkom im Rückenmark (Muratori) 862.
— -Sekretion, nervöse Beeinflussung (Brogsitter u. Dreyfus) 765.
Nietzsches Krankheit (Benda) 473.
Normale und Anomale (Ley) 730.
„Normales" in Medizin (Hauptmann) 730.
Norwegen, Irrenpflege (Dedichen) 732.
—, Irrenwesen, Irrenrecht (Vogt) 898.
Notzüchtigung bei Mädchen (Goroncy) 727.
Nucleus caudatus-Cyste, vordere, Punktion der, psychische Enthemmungsreaktion (Pötzl) 74.
— intercalatus (Takagi) 354.
— lentiformis-Degeneration bei Leberveränderungen (Mahaim) 790.
— lentiformis-Erkrankung, doppelseitige (Cardillo) 416.
— lentiformis-Erkrankung, doppelseitige, bei Wilsonscher Krankheit (Brückner) 416.
— praepositus (Takagi) 354.
— vestibularis superior bei Vögeln (Bartels) 354.
— vestibularis triangularis, vergleichende Anatomie (Takagi) 354.
Nystagmographie während Drehung (Grünberg) 307.
Nystagmus-Anfall (Fremel) 77.
—, Drehnach-, bei Labyrinthausfall (Güttich) 552.
—, einäugiger (Arkin u. Sterting) 77.
— bei Gehirn-, Brücken- und Kleinhirnbrückenwinkel-Geschwulst (Nylen) 184.
— als Gehirnstrahlung (Ohm) 76.
—, kalorischer (Borries) 146; (Lanos) 550; (Lannois u. Gaillard) 551; (Blumenthal) 621.
—, kalorischer, physikalische und physiologische Studien (Dohlman) 186.
—, kalorischer, Wärmewirkung auf (Meurman) 186.
—, langsamer (Borries) 551.
— bei multipler Sklerose (Ohm) 686.
—, Schüttel- (Vujić) 77.

Digitized by Google

Nystagmus und Schwindel (de Kleijn u. Versteegh) 793.
—, Spontan-, Labyrinth- und Nervus Octavus-Erkrankung (Mackenzie) 186.
—, Untersuchungsapparat (Bárány) 622.

Obesitas s. Fettsucht.
Oculokardialer Reflex bei Dermatosen (Ostrowski) 768.
Oculomotorius-Kern beim Elefanten (Baba) 1.
— -Kern beim Menschen (Montalti) 738.
— -Lähmung, dissoziierte orbitale (Menestrina) 799.
— -Lähmung, Pupillenphänomen (Dohme) 780.
Oculosympathisches Syndrom (Adamantiadis) 780.
Ödem (Labbé u. Violle) 89.
—, angioneurotisches, und Gehirnerkrankung (Kennedy) 563.
—, flüchtiges, bei Urticaria, und Purinstoffwechsel (Lindberg) 565.
—, Gehirn-, und Elektronarkose (Jacobi u. Magnus) 13.
—, Gehirn-, und Liquorcerebrospinalis (Magnus) 173.
—, Pseudo-, bei Dementia praecox (Etchepare) 821.
—, Überempfindlichkeit gegen Lichtstrahlen (Carnot u. Terris) 78.
Ohr s. a. Labyrinth, Vestibularapparat.
— -Erkrankung, psychische Beeinflussung (Potter) 280.
— -Geräusche, Pathogenese und Behandlung (Kerekes) 550.
— -Geräusche, subjektive, und Sympathektomie (Brünig u. Forster) 308.
— -Lidschlag-Reflex (Veits) 768.
Okkultismus (Schröder) 644.
— und Psychologie (Moll) 280.
Oligophrenie, Rorschachsche Versuche (Pfister) 465.
Oliven, untere (Tschernyscheff) 485.
Olivo-cerebellare Atrophie nach Meningitis syphilitica und progressive Paralyse (Kufs) 792.
— -ponto-cerebellare Atrophie (Parodi) 305.
Onanie beim Kind (Villinger) 341, 601; (Friedjung) 601.
Ophthalmie, sympathische (Fuchs) 50.
Ophthalmoplegia s. Augenmuskellähmung.
Opisthotonus bei Schädelgrubengeschwulst (Insabato) 860.
Opium-Behandlung bei Melancholie (Schmitz) 286.
— -Vergiftung und Lobelin (Brdiczka) 394.
Opsoklonie (Tyczka) 185.
Opsomyoklonischer Symptomenkomplex bei Gehirnentzündung (Mikulowski) 186.
Optisches Vorstellen (Lloyd) 635.
Orbito-sphénoidal-Geschwulst (Laruelle) 677.
Organotherapie (Hirsch) 395.
— bei endokrinen Erkrankungen (Borak) 574.
— bei hypophysären Erkrankungen (Göring) 448.
— bei Schizophrenie (Petry) 128.
Orientierungsstörung, räumliche (Wollenberg) 632.
Os frontale-Bruch und Coma frontale (di Marzio) 329.
— petrosum-Caries mit extraduralem Abceß (Bar) 305.
Osteoarthritis endemica deformans, Ätiologie (Michelson) 805.
— spinalis der Cervicalregion (Elliott) 798.
Osteochondritis, deformierende, juvenile, der Wirbelsäule (Valtancoli) 798.
Osteosklerose im Verlauf des Nervus ulnaris (Lewin u. Mac Leod) 213.
Osteomalacie und Pagetsche Knochenkrankheit (Knaggs) 212.
— mit Thyreoidea- und Parathyreoidea-Erkrankungen (Trémolière, Olivier, Huguenin u. Héraux) 212.
Ostitis deformans s. Pagetsche Knochenkrankheit.
— fibrosa polycystica und Diabetes insipidus (Heard, Schumacher u. Gordon) 571.
Otitis, akute, Leptomeningitis (Ferretti) 786.
— media, eitrige (Shuster) 678.
—, Meningitis infolge (Piquet) 403.
— mucosa (Martino) 61.
Otolithen-Erkrankung bei Encephalitis epidemica (Wotzilka) 536.
Otosklerose, Pilocarpinbehandlung (Hoidt) 681.
—, Vererbung (Bauer u. Stein) 681.
Ovariektomie, Calcium- und Phosphorstoffwechsel (Dalsace u. Guillaumin) 320.
Ovarium-Behandlung und innere Sekretion des Ovariums (Vignes) 698.
— -Extrakt und Entwicklung der Geschlechtsmerkmale (Steinach, Heinlein u. Wiesner) 206.
— -Flüssigkeit, physiologische Wirkung (Beresin, Petrowsky u. Maloff) 698.
— -Geschwulst beim Kind und Pubertas praecox (Termeer) 568.
— -Hormone (Courrier) 453.
— -Insuffizienz und Myxödem fruste, Beziehung (Sergent) 205.
— -Insuffizienz, Röntgenbehandlung (Bolaffio) 868.
— und Liquor cerebrospinalis, Beziehung (Vogt) 527.
— -Sekretion, Dysfunktion, Hypophysenröntgenbehandlung (Altmann) 579.
— -Sekretion und Ovarialbehandlung (Vignes) 698.
— -Störungen und Asthma (Claude u. Saleur) 207.
— -Transplantate, endokrine Funktionen (Lipschutz) 809.
Ozaena, Neuritis retrobulbaris (Villard) 779.

Pachymeningitis s. a. Meningitis.
— cervicalis, hypertrophische, mit Tabes dorsalis, Sehnen-Periostreflex (Davidendov) 527.
— haemorrhagica interna bei Möller-Barlowscher Krankheit, Mikrencephalie infolge (Stroh) 259.
— nach Mastoidcholesteatom (de Kerangal) 403.
Pädagogik und Jugendstrafvollzug (Bondy) 476.
Pädagogische Probleme bei jugendlichen Kriminellen (Bondy) 888.
Pagetsche Knochenkrankheit (Fribourg-Blanc) 322;
— Knochenkrankheit und Osteomalacie, Beziehung (Knaggs) 212.
— Knochenkrankheit und Tabes dorsalis (Guillain u. Péron) 437.
Palilalie (Alexander) 855.

Digitized by Google

Palilalie bei postencephalitischem Parkinsonismus (Agostini) 670.
Pallidum-Erkrankung (D'Abundo) 409; (Leiri) 416.
— -Erweichung (Spielmeyer) 609.
— -Syndrom, Pathophysiologie (Leiri) 303.
Pallium und Corpus striatum, Beziehung (Herman) 355.
Pankreas, Innervation (Hess u. Pollak) 768.
— und Parasympathicus-Erregbarkeit (Garrelon, Santenoise u. Le Grand) 261.
— -Sekretion, humoraler und nervöser Mechanismus (Peserico) 270.
Papillom des 4. Ventrikels (Sachs) 425.
Paralyse, Bulbär-, mit Neurom der Rautengrube und Medulla oblongata (Marinesco u. Draganesco) 683.
—, Bulbär-, progressive, Sprech- und Schluckmechanismus (Critchley u. Kubik) 682.
—, ischämische, Volkmannsche- (Jensen) 88.
— juvenile s. Paralyse progressive, juvenile.
Paralyse, progressive (Jahnel u. Lange) 253; (Daraszkiewicz) 336; (v. Einsiedel) 336; (Kolb) 336, 818; (Albrecht) 337; (Galewsky) 337; (Kraepelin) 337; (Nonne) 337; (Wilmanns) 337; (Pilcz) 553.
—, Assoziationsexperiment (Stanojević) 113.
— bei Atrophia olivocerebellaris mit Meningitis syphilitica (Kufs) 792.
—, Behandlung (Hoche) 114; (Benedek) 223; (Goldsmith) 458; (Dedichen) 467; (Ikhtemann) 467; (Kutzinski) 597.
—, Bismutinjektionen (Duchateau u. Verstraeten) 338.
—, Chemotherapie (Pfeifer) 118; (Sézary u. Berbé) 715.
—, Diagnostik (Harris) 596.
— und Encephalitis epidemica (Weimann) 300.
—, Entmarkungsherde (Spielmeyer) 191.
—, Fieberbehandlung und Liquor cerebrospinalis-Reaktion (Georgi u. Münch) 173.
—, und Gehirnsyphilis (D'Hollander u. Rubbens) 337.
—, Hypnose (Hartmann u. Schilder) 713.
—, Infektionsbehandlung (Kihn) 714.
—, juvenile (Fornara) 820.
—, juvenile, histologischer Befund (Špringlová) 597.
—, juvenile und hypophysärer Infantilismus bei Syphilis congenita (Brussilovskij) 714.
—, beim Kind (Sicco u. Bloise) 223.
—, und Lebensalter (Gerson) 596.
—, Malariabehandlung (Warstadt) 113; (Scarpini u. Befani) 114; (Pastrovich) 115; (Nonne) 115, 466; (Marie) 116; (Yorke) 116; (Artwiński u. Ostrowski) 224; (Mosgowoi u. Ssobolewskaja) 225; (Skalweit) 225; (Markuszewicz) 465; (Bálint) 598; (Kafka) 598; (Nicole u. Steel) 714; (Jossmann) 736; (Hackebusch) 820; (Bosch u. Mó) 820; (Schulze) 820.
—, Malariabehandlung und erworbene Immunität (Nicole u. Steel) 820.
—, Malariabehandlung und Lumbalpunktion (Marie u. Chevallier) 467.
—, Malaria- und Recurrensbehandlung (Wagner u. Jauregg) 114; (Fleck) 714.
Paralyse, progressive, Malariabehandlung mit Salvarsan- oder Bismutbehandlung (Créteur) 598.
—, Malariabehandlung und Spirochätenfunde (Forster) 224.
—, Malariainokulation (Sacabejos) 715.
—, und Mesaortitis syphilitica (Coenen) 596.
—, und Neurotropismus (Marie u. Levaditi) 819.
—, Pathogenese (Steiner) 335.
—, und Peptidasenhaushalt bei Impfmalaria (Pfeiffer, Standenath u. Weeber) 819.
—, und Pocken (Ilberg) 336.
—, präsymptomatische (Pellacani) 713.
—, Recurrensbehandlung (Böhmig) 117; (Hoff u. Silberstein) 821.
—, sekretorische und motorische Magenfunktion (Busik u. Mitnitzky) 648.
—, serologische Syndrome (Dujardin) 223.
—, Spät-, pathologische Untersuchungen (Ameghino) 112.
—, Spatzsche Methode zur Schnelldiagnose (Schükry) 223.
—, Spirochaeta pallida in Gehirnrinde (Pacheco e Silva) 819.
—, Spirochaeta pallida, Photographie (Clark) 713.
—, plötzlicher Tod im Remissionsstadium (Gelma) 713.
—, Tryparsamidbehandlung (van Wulfften Palthe) 117.
— in Türkei (Schükri) 818.
— und Widerlegung der Klippelschen Schule (Sierra) 113.
Paralyse, Pseudobulbär-, durch Brückenherd (Crouzon, Dereux u. Kenzinger) 539.
—, Spinal-, hereditäre apathische (Specht) 190.
Paralysis agitans (Kleist) 541.
—, Aktionstremor und Zittertypus (de Jong) 419.
— mit Autopsie (D'Abundo) 409.
—, familiäre, und Pseudosklerose [Westphal-Strümpell] Differentialdiagnose (Lafora) 853.
—, Heredofamiliarität (Kückens) 419.
— juvenilis (Trömner) 791.
—, Klinik (Kühl) 418.
—, Meningitis tuberculosa und Solitärtuberkel, Beziehung (Deist) 526.
—, Parathyreoideaextraktbehandlung (Berkeley) 419.
—, Parathyreoidea-Implantation (Kühl) 791.
— und Parkinsonismus, klinisch-pathologische Zustände (Hassin u. Bassoe) 853.
—, Pathologie (Freeman) 418.
— und Trauma (Lambranzi) 179.
Paralytiker-Liquorinjektion beim Kaninchen (Plaut) 906.
Paranoia, Affektivität und Suggestibilität (Bleuler) 884.
— und Betriebsunfall (Cronin) 724.
—, echte (Claude u. Montassut) 723.
—, manisches Element (Ewald) 723.
— mit zirkulären Schwankungen (Bostroem) 907.
Paranoide Psychose und Syphilis (Damaye u. Raymond) 724.
Paraplegie, amyotrophische, infolge Wirbelsäulenrheumatismus (Raynaud, Lacroix, Boutin u. Marill) 558.

Digitized by Google

Paraplegie und cerebellare Ataxie (Jedlička u. Henner) 77.
—, kindliche (Ford) 817.
— nach Wirbelsäulenfraktur, Laminektomie (Vincent u. de Martel) 705.
Parapsychologie (Wagner-Jauregg) 280.
Parasympathicus bei Basedowscher Krankheit (Hepner u. Nikišin) 576.
— -Erregbarkeit infolge Pankreaswirkung (Garrelon, Santenoise u. Le Grand) 261.
Parathyreoidea-Adenomen bei Osteomalacie (Trémolières, Olivier, Huguenin u. Héraux) 212.
— -Entfernung, Zentralnervensystemveränderungen (Wersilov) 811.
— -Extrakt bei Paralysis agitans (Berkeley) 419.
— -Extrakt von Rindern (Hjort, Robison u. Tendick) 321.
— -Extrakt bei Tetanie (Snell) 812.
— -Extrakt [Collip] bei parathyreopriver Tetanie (Lisser u. Shepardson) 454.
— -Extraktwirkung auf parathyreoidektomierte Tiere (Fisher u. Larson) 811.
— -Funktion, experimentelle Untersuchungen (Ogawa) 100.
— -Geschwulst mit Knochenmetastasen (Ferrero u. Sacerdote) 573.
— und Gestation (Vignes) 209.
—, Histologie (Kurokawa) 99.
— -Hormon (Collip u. Clark) 811.
— -Hormon, physiologische Wirkung (Collip) 100.
—, Hyperfunktion, experimentelle Untersuchungen (Kurokawa) 100.
— -Implantation bei Paralysis agitans (Kühl) 791.
— und Radiumwirkung (Stovin) 452.
—, innere Sekretion (Collip) 321.
Parathyreoidektomiertes Tier, Parathyroideaextraktwirkung auf (Fisher u. Larson) 811.
— Tier, parathyreoprives Syndrom (Spadolini) 811.
Parathyreoprives Syndrom bei parathyreoidektomierten Tieren (Spadolini) 811.
Paravertebralanästhesie am Hals, epileptiforme Krämpfe (Römcke) 649.
Parietalsyndrom (Bianchi) 421.
Parkinsonismus, akuter, encephalitischer (Eschbach) 301; (Leroy) 301.
—, Klinik (Kühl) 418.
— und Paralysis agitans, klinisch-pathologische Studien (Harsin u. Bassoe) 853.
—, paradoxe Augenerkrankung (Paulian) 66.
—, paradoxe Kinesie (Jarkowski) 179.
Parkinsonismus, postencephalitischer (Zingerle) 176; (Nobécourt) 534; (Marguglio) 535.
—, Anatomie u. Pathogenese (Četverikov) 531.
—, Autopsie (Urechia u. Elekes) 671.
—, und Eunuchofeminismus (Korst) 176.
—, Gliedmaßencontractur (Magni) 852.
—, Makrobasie (Šebek) 670.
—, motorische Reizerscheinungen (Nyssen u. van Bogaert) 175.
—, Neuronenzerstörung (McKinley, Charnley u. Gowan) 537.
—, Palilalie (Agostini) 670.
—, psychische Erkrankungen (Křivý) 673.
Parkinsonismus, postencephalitischer, psychologische Profile (Kwint) 67; (Quint) 671.
—, psychometrische Untersuchungen (Gozzano) 301.
—, Quecksilber-, Jod- und Arsenbehandlung (Berezowski) 537.
— und vertikaler Blickkrampf (Pappenheim) 410.
Parkinsonismus, Steinachsche Operation (Zacharčenko) 673.
—, syphilitischer (Pappenheim) 584.
— mit Zittern und deformierender Rheumatismus (May) 541.
Parkinsonsche Krankheit s. Paralysis agitans.
Parotitis, epidemische, und akute Labyrinthitis (Grazzi) 792.
Patellarreflex (Pereira) 501.
— und affektiver Spannungszustand (Burtt u. Tuttle) 272.
Patellometer (Pereira) 501.
Pathoarchitektonische, topistische Forschung in Psychiatrie (Vogt) 652.
Pathologie, allgemeine (Tendeloo) 5.
—, experimentelle (Herzog) 744.
—, Kultur- (Giese) 160.
—, spezielle [Lehrbuch] (Strümpell) 645.
Pathologisch-histologische Untersuchungsmethoden (Schmorl) 11.
Pathologische Plastik (Weygandt) 828.
Pemphigus, Rückenmark bei (McGlasson u. Keiller) 611.
— vulgaris und Zentralnervensystem, histopathologische Veränderungen (Schreiner) 6.
— vulgaris und Zwischenhirn (Buschke u. Ollendorff) 6.
Peptidasenhaushalt des Epileptikers (Pfeiffer, Standenath u. Weeber) 331.
— des Paralytikers bei Impfmalaria (Pfeiffer, Standenath u. Weeber) 89.
Perikard, Phrenicus und Pleura pericardiaca (Ruhemann) 841.
Peritonismus medullären Ursprungs oder akute Myelitis (Marin Moreno) 53.
Persönlichkeit und psychographische Tiefanalyse (Römer) 157.
— und strafrechtliche Zurechnung (Mezger) 887.
— und Suggestion (Brown) 45.
—, ungeteilte, Untersuchung (Allport) 33.
— und Zeichnungen von Neurotikern (Lewis) 236.
Persönlichkeitserfassung und Personalbogenproblem (v. Bracken) 151.
Persönlichkeitsmerkmale bei hypophysärer Fettsucht (Riese) 447.
Persönlichkeitsstruktur und zwangsläufige Arbeit (Wunderlich) 772.
Personalbogenproblem und Persönlichkeitserfassung (v. Bracken) 151.
Perversität, Kastration bei (Ochsner) 345.
Perzeption s. Wahrnehmung.
Pes s. Fuß.
Pestmeningitis (Paso) 169.
Pfeifferscher Bacillus als Erreger von Meningitis cerebrospinalis (Urech u. Schnyder) 402.
Phänomenologische Psychologie der Einsamkeit (Kunz-Binningen) 770.

Digitized by Google

Phanodorm (Lackerbauer) 287.
Phantasie, intellektuelle (Schwarz) 635.
—, Kinder-, und Märchen (Bühler) 40.
Pharmakologie, experimentelle [Lehrbuch] (Meyer u. Gottlieb) 14.
Pharmakotherapie bei genuiner Epilepsie (Vondráček) 464.
Pharynx-Hypoplasie und Hemiatrophia facialis progressiva (Borowskij) 560.
Phlogetanbehandlung bei Chorea infectiosa (Benedek) 542.
Phrenicotomie des Nervus phrenicus (Kutamanoff) 135.
Phthise s. Tuberkulose.
Physikalische Behandlung s. Behandlung, physikalische.
Physiognomik (Friedenthal) 35.
Physiopathologie des vegetativen Nervensystems (Zahradníček) 603.
Physostigmin und sympathische Innervation (Granberg) 26.
Pia mater s. Leptomeninx.
Picksche Atrophie (Stertz) 883; (Lange) 909.
Pigmentation und endokrine Dystrophie (Leschke u. Ullmann) 444.
Pilocarpinbehandlung, Glykämie nach (Papilian u. Velluda) 759.
— bei Otosklerose (Hvidt) 681.
Pituitrin, Raynaudsche Krankheit infolge (Hosclaw u. Booth) 562.
Placentaextrakt und Entwicklung der Geschlechtsmerkmale (Steinach, Heinlein u. Wiesner) 206.
Plaques, senile, Mikroglia und Makroglia (Timmer) 228.
Plastik, pathologische (Weygandt) 828.
Plathelminthennervensystem, vergleichende Anatomie (Reisinger) 131.
Pleocytosis spinalis bei Gehirngeschwulst (Smith) 858.
Plethora, Meteorismus und Psyche (Löwy) 284.
Pleura pericardiaca, Phrenicus und Perikard, (Ruhemann) 841.
Plexus brachialis der Haussäugetiere (Reimers) 3.
— choriodeus, papilläre Epitheliome (Noodt) 75.
— chorioideus, pathologische Histologie (Ikeda) 7.
— chorioideus bei Selachiern (Kolmer) 135.
Pluriglanduläre Veränderung bei Hypophysengeschwulst (Szántó) 568.
Pneumokokken-Meningitis bei Kindern (Acuña u. Casaubon) 849.
Pocken und progressive Paralyse (Ilberg) 336.
Polioencephalitis, Meningo- (Cornwall u. Mc Kendree) 68.
Poliomyelitis anterior acuta (Everhart u. Cole) 81; (Nyssen) 189; (Chalmers) 401; (Wöhrmann) 794.
—, Ätiologie (Sindoni u. Misasi) 434.
—, Behandlung (Delherm u. Laquerrière) 795.
— epidemica (Aycock u. Eaton) 433; (Picard) 750.
—, epidemica, bulbäre (McEachern) 793.
—, experimentelle, bei Affen und Meerschweinchen (Creutzfeldt) 141.
Poliomyelitis anterior acuta in Dänemark (Neel) 412.
—, klinisch-statistischer Beitrag (Acqua) 80.
—, Behandlung (D'Istria) 434.
— beim Kind, Liquordrainage (Montgomery u. Cole) 189.
— und Masern (Tronconi) 794.
— und Muskel-Wiedererziehung (Hatch) 794.
—, Röntgentiefenbehandlung (Castells u. Carulla) 434.
—, Strahlenbehandlung (Bordier) 795; (Laborderie) 795.
—, neue Untersuchungsmethoden (Cone) 81.
Polycythämia, familiäre, idiopathische (Kretschmer) 55.
— rubra und Epilepsie ähnlicher Dämmerzustand (Stiefler) 878.
Polyglanduläre Insuffizienz nach Substitutionstherapie (Mittelmann) 445.
Polymyositis (Schill) 559.
Polyneuritis (Navarro) 801.
— infolge Arsenvergiftung (Finckh) 87.
— diphtherica, Strychninsulfat (Beretervide u. Pozzo) 313.
—, Emetin- (Beretervide u. Pozzo) 442.
—, experimentelle, und motorische Funktion des Kropfes (Winokurow) 142.
— nach Kohlenoxydvergiftung (Manjkivskij) 814.
— luica (Koehler) 103.
—, Myelo-Radiculo-, bei epidemischer Encephalitis (Margulis) 671.
—, Wochenbett-, infektiöse (Skubiszewski) 87.
— nach Wunddiphtherie (Reinhold) 801.
Polyneuritische Psychose [Korsakow] (Martini u. Gourdy) 470.
— Psychose [Korsakow] und amnestischer Symptomenkomplex (Rosenstein) 470.
Polyserositis mit tuberkulöser Gehirngeschwulst (Parlović) 422.
Polyurie bei Diabetes und Lumbalpunktion (Rathery u. Dreyfus-Seé) 171.
— nach Encephalitis epidemica (Latkowski u. Artwiński) 66.
Pons s. Brücke.
Porencephalie im Gehirn (d'Hollander u. de Smedt) 258.
—, Genese (Kikuth) 259.
Potenz, männliche, psychische Störungen (Steiner) 827.
— -Störung beim Mann, psychologische Behandlung (Feldmann) 294.
Pottsche Krankheit s. Spondylitis tuberculosa.
Präpsychotischer Charakter von Geisteskranken (Stuurman) 653.
Priapismus bei Conus-Läsion (Wilson u. Maus) 189.
Produktivität, lyrische, und Lebenslauf (Busemann) 509.
Profil, psychologisches (Giese) 510.
—, psychologisches, bei postencephalitischem Parkinsonismus (Quint) 671.
— des Temperaments (Ranschburg) 510.
Prolongal (Mehner) 287.
Prophylaxe, psychische, und Familienfürsorge (Rodiet) 659.

Digitized by Google

Prophylaxe, psychische, und Kino (Wahl) 398.
Prostitution und deutscher Strafgesetzbuchentwurf (Wegner) 889.
Proteinkörperbehandlung, unspezifische, bei Syphilis (Greenbaum u. Wright) 586.
Protest, männlicher, und Psychanalyse (Friedmann) 638.
Prüfungstest, Einzel-, und Gruppen- (Decroly) 379.
— und Erfolg im Gewerbeschulunterricht, Beziehung (Abel) 157.
Pseudarrhenie, suprarenale (Feldmann) 868.
Pseudo-Akromegalie und Syringomyelie (Moreali) 796.
— -Meningitis (Zandowa) 661.
— -Ödem bei Dementia praecox (Etchepare) 821.
Pseudobulbär-Paralyse durch Brückenherd (Crouzon, Dereux u. Kenzinger) 539.
— -Syndrom (Radimská-Jandová) 539.
Pseudohermaphroditismus (Hoepke u. v. Oettingen) 810.
—, feminismus externus (Feldmann) 868.
— masculinus (Snov) 579.
— masculinus bei Tieren (Klarmann) 809.
— masculinus internus (Davidovic) 453.
Pseudoplaques, senile (Minea) 228.
Pseudosklerose s. a. Sklerose.
— (Leschtschenko) 178; (Leščenko) 540.
— [Westphal-Strümpell] und Paralysis agitans, Differentialdiagnose (Lafora) 853.
—, Wilson- (Mahaim) 790, 853.
Pseudotabes s. a. Tabes dorsalis.
—, periphere, Ätiologie (Navarro) 801.
Psoasschmerz bei Spondylitis (Gregory) 84.
Psychanalyse (Morselli) 513; (Bjerre) 515; (Del Greco) 515; (Urbantschitsch) 660.
— und anatomische Geschlechtsunterschiede (Freud) 383.
— bei Betragensstörung des Kindes (Levy) 384.
— bei Epilepsie (Gilles u. Carriat) 593.
— in Fürsorgeerziehung (Aichhorn) 245.
— in gerichtlicher Medizin (Antheaume u. Schiff) 46.
— und Hochstapler (Abraham) 827.
— bei hysterischer Depression (Feigenbaum) 474.
— in Italien (Levi-Bianchini) 45.
— bei männlichen Potenzstörungen (Feldmann) 294.
— und „männlicher" Protest (Friedmann) 638.
— und psychische Steuerung (Maeder) 516.
— und Psychologie (Hermann) 384.
— bei Psychose (Bychowski) 516.
— psychosexueller Träume (Levi-Bianchini) 237.
— und Schlaf (Farrow) 46.
— und Schwangerschaftsphantasie (Silberer) 46.
— und Telepathie (Hitschmann) 279.
— des triebhaften Charakters (Reich) 380.
— und Unfehlbarkeitswahn (Kamiat) 46.
Psychanalytische Studien (Schmalhausen) 641.
Psychanalytisches Gutachten im Fall Angerstein (Friedländer) 120.
Psychasthenische Verstimmung oder Melancholie (Breukink) 604.
Psyche und Infantilismus weiblicher Genitalorgane, Beziehung (Bychowski) 235.
Psyche, Kinder-, und Katastrophe (Schneersohn) 775.
— des mittleren Kindes (Goldberger) 381.
— und Körper (Proebster) 511.
—, Krüppel-, Erforschung (Wetzel) 157.
— Lungenkranker (Stern) 43.
— Nervöser (Marcinowski) 237.
—, neurotische, und Traum (Levi-Bianchini) 237.
— und Röntgenbehandlung (Vogt) 58.
— des Sterbenden (Icard) 775.
— weiblicher Jugend (Croner) 42.
Psychiatrie (Ssemaško) 606; (Levy-Suhl) 651; (Ossipow) 652; (Brunner) 890.
— [6 Jahre] (v. Holst) 899.
—, Anstalts- (Groß) 732.
— und Endokrinologie (Ssereiskij) 654.
— und Gehirnpathologie (Leyser) 48.
— ‚gerichtliche [Leitfaden] (Lustig) 475.
—, Kinder-, in Züricher Klinik (Maier) 479.
—, klinische, und experimental-psychologische Forschung (Löwenstein) 636.
— und Konstitution (Kobylinski u. Vidoni) 240.
— und Neurologie [Compendium] (Mayer) 280.
— und Neurologie [Jahresbericht 1923] (Hirschfeld) 608.
—, praktische (Meyer) 652.
—, Psychotherapie und Seelsorge (Schultz) 293.
— und soziale Fürsorge (Truitt) 124; (Dreikurs) 125.
Psychiatrische Chronik, soziale (Schuurmans Stekhoven) 732.
— Klinik in München (Napother) 898.
— Ziffern aus Java (Engelhard) 658.
Psychische Eigenschaften, Elektrodiagnose (Schulte) 151.
— Epidemien nach dem Krieg (Somogyi) 128.
— Erkrankung (Bond) 165.
— Erkrankung bei Encephalitis epidemica (Bertolani) 411; (Auden) 672.
— Erkrankung beim Kind infolge Encephalitis epidemica (Vermeylen) 536.
— Erkrankung bei Metencephalitis chronica (Wilckens) 851.
— Erkrankung beim postencephalitischen Parkinsonismus (Křivý) 673.
— Erkrankung bei Tabes dorsalis (Gougerot u. Weill-Spire) 437.
— Funktion und vegetative Funktion, Wechselbeziehung (Hess) 27.
— Grenzwissenschaften (Schröder) 644.
— Kapazität (Schewalev) 770.
— Prophylaxe und Familienfürsorge (Rodiet) 659.
— Prophylaxe und Kino (Wahl) 398.
— Störungen männlicher Potenz (Steiner) 827.
— Störungen und vegetative Neurose (Rosenfeld) 602.
— Störungen und weibliche Genitalfunktion, (Rosenthal) 830.
— Zeiten, Meßvorrichtung (Pauli) 637.
Psycho-optische Sphäre und Atmung (Gallerani) 363.
Psychogalvanische Reaktion (Wechsler) 771.
— Reaktion anästhesierter Tiere (Aveling u. McDowall) 771.
— Reflexe (Wechsler) 374.
— Versuche, Widerstandswechsel (Thouless) 507.

Digitized by Google

chogenie (Bing) 106.
und praktische Diagnostik (Fendel) 474.
chologie und Endokrinologie (Pende) 197.
Freudsche- (McDougall) 46.
der Gegenwart (Henning) 32.
der Geschlechtsreife (Kohnstamm) 42.
Grundprobleme (Driesch) 503.
und Jugendforschung (Fischer) 372.
Kinder- (Gaupp) 774.
Kinder-, Entwicklung (Compayré) 774; (Koffka) 774.
Kinder-, und religiöses Gefühl (Bovet) 44.
Knaben- (Rees) 155.
Konstitutions- (Naccarati) 892.
und Medizin (Goldschmidt) 32; (Jaensch) 32; (Schulte) 32.
moderne und deskriptive (Heuler) 769.
der Neurosen (Forel) 343.
und Okkultismus (Moll) 280.
phänomenologische, der Einsamkeit (Kunz-Binningen) 770.
und Psychanalyse (Hermann) 384.
Säuglings- (Bernfeld) 39.
und Suggestion (Sante de Sanctis) 44.
Tier- (Buytendijk u. Plessner) 35; (Dexler) 643.
Tier-, Abstraktion und Wiedererkennung (Révész) 385.
Tier-, der Hymenopteren (Verlaine) 385.
versus Nosologie, genetisch-dynamische (Meyer) 770.
chologische Anstalt der Universität Jena (Peters) 151.
Auswahl bei militärischer Rekrutierung (Gemelli) 637.
chologisches Problem bei jugendlichen Kriminellen (Bondy) 888.
Profil (Giese) 510.
Profil bei Berufs-Auslese und -Beratung (Lahy) 383.
Profil bei postencephalitischem Parkinsonismus (Kwint) 67; (Quint) 671.
chomotorische Zentren und Atmung (Gallerani 363.
choneurose, akute, des Kindes (Friedjunk) 473.
Behandlung (Platonov) 726; (Schwerdtner) 887.
choneurotische Reaktionen krimineller Knaben (Slawson) 120.
Syndrome bei Gehirngeschwulst (Marchand u. Schiff) 676.
chopathen-Familien, Vererbung (Persch) 826.
Fürsorge (Böhner) 126; (Vervaeck) 733.
offene Fürsorge (Roemer) 732.
in Norwegen (Dahlström u. Jacobsen) 247.
überempfindliche, Verwahrlosung (v. d. Leyen 341.
chopathie bei alten Jungfern (Humbert) 342.
und Dienstbeschädigung (v. Schnizer) 601.
und Gesetzgebung (Mönkemöller) 234.
Kastration bei (Ochsner) 345.
und Körperbau (Schneider) 599.
schizoide, beim Kind (Ssucharewa) 599.
und Schizophrenie, Vergleich (Travis) 227.
und Sexualleben (Moll) 593.
Psychopathische Konstitution (Heuyer) 600.
— Konstitution im Kindesalter (Ziehen) 651.
— Persönlichkeiten (Smith) 599.
Psychopathologie des Exhibitionismus (Karpman) 600.
—, objektive (Hamilton) 160.
Psychopathologische Analyse organischer Syndrome (Schneider) 642.
Psychophysische Behandlungsmethoden (Mohr) 292.
— Einheit (Coppola) 160.
Psychopolitik und Führerproblem (Rogge) 641.
Psychose (Ziehen) 651.
—, Adrenalinempfindlichkeit des vegetativen Nervensystems bei (McWilliam) 656.
—, Anstaltsbehandlung (Brown) 348.
— und Anstaltswesen (Rodiet) 479.
—, arteriosklerotische (Schükry) 228.
— bei Bahn- und Schiffsschaffnern (Ameghino) 283.
—, Behandlung (Vivaldo) 396.
—, Beschäftigungsbehandlung (Tiffany) 348; (Bliss) 349; (Humphrey) 396; (Bond) 397; (Haas) 397; (Ryon) 397; (Saunders) 523.
—, familiäre Behandlung (Berkeley-Hill) 245.
—, medikamentöse Behandlung (Stransky) 59.
—, Blutbild (Daiber) 654.
—, Blut-Cholesteringehalt (Claude, Targowla u. Badonnel) 655.
—, Blutdruck (Szecsödy-Wehofer) 128.
—, cephalalgische und hemikranische (Mingazzini) 824.
—, chronisch infektiöse Prozesse (Graves) 166.
—, endogene, bikolorierte Mastixreaktion (Thurzó) 406.
— und endokrine Drüsen (Prior) 444.
—, Erythrocytensenkungsgeschwindigkeit (Lokšina) 654.
—, familiäre (Rojas u. Belbey) 233.
—, Foramina Luschka bei (Bateman) 257.
—, Fürsorge bei (Vervaeck] 733.
—, offene Fürsorge bei (Roemer) 732.
—, Fürsorgeorganisation bei (Vervaeck) 125.
—, gastrointestinale Erkrankungen und Magendrüsensekretion bei (Stanojević) 655.
—, gehemmte, Milchfieberbehandlung (Böhmig) 295.
—, Grenzen der (Pfersdorff) 164.
— und Herz (van Lier) 339.
—, Hypnose (Breukink) 847.
—, Infektions-, mit Liquorveränderungen (Herz) 883.
—, intravenöse Somnifeninjektion (Pavlovitch) 288.
—, Katalaseschwankungen bei (Brailovsky, Tschalissow u. Bèrlin) 284.
— bei Kindern infolge Encephalitis epidemica (Andreew) 177.
—, Klassifikation (Easterbrook) 165.
—, klinische Symptome (Mingazzini) 781.
— bei Kulturmenschen (Levy-Suhl) 651.
—, Lehre (Ossipov) 780.
— bei Lepra (Serejski u. Frumkin) 883.
—, Liquor cerebrospinalis (Plaut) 906.
—, Liquor cerebrospinalis-Cholesteringehalt (Poynder u. Russell) 655.

Digitized by Google

Psychose, Malaria- (Perelmann) 720.
—, Malariabehandlung (Marie) 466.
—, Misch-, und Krankheitseinheit (Gaupp u. Mauz) 653.
—, Motilitäts- (Ewald) 340.
—, paranoide, und Syphilis (Damaye u. Briau) 724.
—, Pflege bei (Petrén) 606.
—, Pflege durch religiöse Orden bei (Romano) 898.
—, polyneuritische [Korsakow] (Martini u. Gourdy) 470.
—, polyneuritische [Korsakow] und amnestischer Symptomenkomplex (Rosenstein) 470.
—, präpsychotischer Charakter bei (Stuurman) 653.
— und Prophylaxe 245; (Ladame) 283.
—, Psychanalyse (Bychowski) 516.
—, psychopathische Vererbung (Pieraccini) 731.
—, reaktive, und Simulation (Hakkebusch) 475.
— des Rückbildungsalters und Meningenpermeabilität (Walter) 299.
—, schizophrene, Analyse (Carp) 338.
—, Schwangerschafts-, Puerperal- und Lactations- (Marzaćová) 229.
—, Simultation (v. Németh) 128.
—, Statistik (Benon) 658.
—, Sterilisation bei (Fischer) 242.
—, Stimmung und Mischzustände bei (Révész) 285.
—, Stoffwechsel (Bowman u. Fry) 655.
—, Tonus des vegetativen Nervensystems bei (Obregia) 284.
—, Tropen- (Peyrot) 720.
— und Tuberkulose (Bonasera) 654.
—, Ursachen (Mott) 165.
— und Verbrechen (Adlerman) 238.
— in Vereinigten Staaten (Pollock) 658.
— und Vererbung (Mott) 241; (Dana, Davis, Jelliffe, Riley. Tilney u. Timme) 346.
—, Wochenbett- (Brugnatelli) 719; (Strecker) 823.
—, Wochenbett-, Pathogenese (Masieri) 469.
Psychosynthese (Bjerre) 555.
Psychotechnik, industrielle (Wunderlich) 772.
Psychotherapie der abhängigen Arbeit (Eliasberg) 846.
—, ärztliche Begutachtung (Goldschmidt) 32.
— und Arbeitsbehandlung (Garmendia u. Darder) 847.
— und Ausdrucksbewegungen (Schwerdtner) 887.
—, Emotion und Psychotonie (Zeehandelaar) 846.
—, experimentell-psychologische (Schultz) 846.
—, gynäkologische (Liegner) 523.
— bei Hautneurose (Klauder) 725.
— und Impotenz (Jellinek) 395.
— bei Lungenkranken (Kollarits) 846.
— und Nervenleiden (Erhard) 395.
—, Psychiatrie und Seelsorge (Schultz) 293.
— in Schweden (Bjerre) 293.
— und Seelsorge (Künkel) 659.
Psychotische Störungen bei Kopftrauma (Hall) 108.
Psychotonie, Emotion und Psychotherapie (Zeehandelaar) 846.
Ptosis congenita (Krämer) 323.
Ptosis hereditaria tarda (Boulanger) 869.
Pubertas s. Geschlechtsreife.
Puerperium s. Wochenbett.
Puls bei Encephalitis epidemica (Hanneman) 411.
Pulsfrequenz und Sauerstoffaufnahme (Lythgoe u. Pereira) 150.
Pupillen-Differenz bei Gehirndruck (Adrogué u. Balado) 280.
— und erhöhter Gehirndruck (Adrogué u. Balado 747.
— -Phänomen bei Encephalitis epidemica (Westphal) 535.
— -Phänomen bei Oculomotoriuslähmung (Dohne) 780.
— -Reaktion bei Vierfüßlern (Koppányi u. Laughton) 650.
— -Reaktion beim Vogel (Noll) 52.
— bei Syphilis (Bellina) 650.
Pupillenstarre bei Alopecia areata endokrinsympathischen Ursprungs (Herman) 694.
—, periodische (Herman) 221.
—, reflektorische, nichtluische (Inman u. Lawson) 281.
—, reflektorische, mit konsensueller Reaktion auf beiden Augen (Menninger) 386.
—, reflektorische, und pseudoreflektorische Starre, Differentialdiagnose (Behr) 650.
— bei Tetanie (Rutich) 582.
Pupillometer (Ferree u. Rand) 780.
Purin-Stoffwechsel bei Urticaria mit Ödem (Lindberg) 565.
Purkinjesche Zellen der Kleinhirnrinde, Degeneration (Spielmeyer) 609.
Pyocyaneus-Meningitis nach Lumbalpunktion (Levy u. Cohen) 786.
Pyramidenbahn-Erkrankung, Reflexe (Astrazaturow) 372.
Pyramidenzeichen (Russetzki) 501.
Pyramidenzellen nach experimentellem Gehirnrindentrauma (Miskolczy) 746.

Quaddeln, künstliche, Hautreaktion (Török, Lehner u. Urbán) 13.
Queckenstedtsches Symptom bei Rückenmarkerkrankung (Coleman) 62.
Quecksilber, intravenös bei Metasyphilis (Garai) 586.
— -Vergiftung, Natriumthiosulfatbehandlung (Haskell, Henderson u. Hamilton) 702.
Quinckesches Ödem, s. Ödem angioneurotisches.

Rachen s. Pharynx.
Rachidysplasie und Myelodysplasie (López Albo) 835.
Radiculitis, syphilitische, mit Froinschem Syndrom (Delbeke u. van Bogaert) 214.
Radiculo-Polyneuritis bei epidemischer Encephalitis (Margulis) 671.
Radikalismus, Psychologie (Root) 156.
Radium-Behandlung bei Kropf (Scal) 452.
— -Wirkung auf Parathyreoidea (Stovin) 452.
Rami communicantes des Brustsympathicus (Latarjet u. Bertrand) 742.
— communicantes des Sympathicus, Durchschneidung (Lériche) 56; (Marconi) 56.
— pharyngeus des Ganglion submaxillare (Catania) 3.

Digitized by Google

Rassen, Gehirnrindengewicht, und Asymmetrie der Hemisphären (Ariens Kappers) 743.
— und Körperbau (Verschuer) 477.
— der jüngeren Steinzeit im Donaustromgebiet (Saller) 359.
Rassenhygiene und Auswanderung (Luxenburger) 894.
— bei Japanern in Süd-Mandschurei (Nakadate) 347.
Rauchphobie (Graven u. Missriegler) 887.
Raumvorstellung bei Apraxie (Lhermitte, Lévy u. Kyriako) 855.
— bei Wernickescher Aphasie (Laignel-Lavastine u. Valence) 855.
Rautengrube-Neurom bei Bulbärparalyse (Marinesco u. Draganesco) 683.
Raynaudsche Krankheit (Mumford) 89.
— und Akromegalie (van Bogaert u. Delbeke) 199.
—, Hautarteriolen (Grenet u. Isaac-Georges) 693.
—, Hautcyanose (Török) 562.
—, Hautgangrän (Tokarski) 196.
— nach exzessiver Pituitrindosis (Holsclaw u. Booth) 562.
— bei Syphilis congenita (Marcus) 317.
— und Tetanie (Margolin) 692.
Reaktionsform und Krankheitseinheit (Ewald) 283.
Realanalyse, Suggestion und Hypnose (Benussi) 158.
Realitätsgefühl (Divry) 783.
Rechnen und Gehirnhemisphärenfunktion, Beziehung (Henschen) 490.
Rechts- und Linkshändigkeit (Smith) 385.
Recklinghausensche Krankheit s. Neurofibromatosis.
Recurrens, Chemoprophylaxis (Kritschewsky u. Friede) 598.
— -Spirochätose (Kolle) 494.
Recurrensbehandlung progressiver Paralyse (Wagner v. Jauregg) 114; (Böhmig) 117; (Fleck) 714; (Hoff u. Silberstein) 821.
— syphilogener Nervenkrankheiten (Plaut u. Steiner) 116.
Reflex, Abbau- (Galant) 29.
—, Abwehr-, bei Fußklonus (Rouquier u. Couretas) 503.
—, Anpassungs-, des Rückenmarkgefäßes (Bechterew) 620.
—, Automatismus, Instinkt (Galant) 271.
—, Bedingungs- (Humphrey) 274; (Ivanov-Smolenskij) 771.
—, Redingungs-, und kindliche Neuröse (Krasnogorski) 885.
—, Bein-, Untersuchungsmethode (Folly) 54.
—, Dorsal-, der Adductoren (Členov) 271.
—, Eigen-, und Kleinhirn (Hansen u. Rech) 29.
— an unteren Extremitäten (Tschlenow) 272.
—, Gordonscher- (Gordon) 501.
—, Grundgelenk-, mit Zwangsgreifen bei Stirnhirnbalkengeschwulst (Stiefler) 676.
—, Hals-, tonischer, bei tuberkulöser Meningitis (Wechsler u. Brock) 403.
—, Haltungs-, physisch-klinisches Kriterium (Delmas-Marsalet) 631.
—, Haut- (Wernøe) 273.
Reflex, Haut-, des Kinnes (de Castro) 500.
—, Haut-, vasomotorischer, bei Encephalitis epidemica (Salkind) 302.
—, idiomuskulärer, beim Kind (Kán) 31.
—, Kniesehnen-, bilaterale Pendelmodifikation (Geimanovič) 631.
—, Kniesehnen-, und Erschlaffung (Jacobson u. Carlson) 372.
—, Kniesehnen-, Erzeugung (Prengowski) 30.
—, Kniesehnen-, und Koordinationszentrum-Lokalisation (Kusnezov) 371.
—, Labyrinth-, bei weißer Ratte, Ontogenese (Novotny) 145.
—, Labyrinth-, tonischer, beim Kaninchen (Lorente de Nò) 622.
—, mechanischer, des vegetativen Nervensystems (Büchler u. Gombos) 127.
—, Mendel-Bechterewscher- (Seletzki) 30.
—, oculokardialer, bei Dermatose (Ostrowski) 768.
—, Ohr-Lidschlag- (Veits) 768.
—, Patellar-, und affektiver Spannungszustand (Burtt u. Tuttle) 272.
—, Patellar-, physiologische Studien (Pereira) 501.
— -Phänomen, vasomotorisches (Muck) 769.
—, posturaler (Leiri) 29.
—, posturaler, und Muskelkontraktion (Delmas-Marsalet) 369.
—, psychogalvanischer (Wechsler) 374.
— bei Pyramidenbahnerkrankung (Astwazaturow) 372.
—, Säuglings-, bei Apraxie (Galant) 30.
—, Sehnen- (Langelaan) 498.
—, Sehnen-, und Kleinhirngeschwulst (van Gehuchten) 427.
—, Sehnen-, und Muskeltonus (Langelaan) 30.
—, Sehnen-Periost-, bei Pachymeningitis cervicalis mit Tabes dorsalis (Davidendov) 527.
—, Sehnen-, Spannungsempfindung (Pachon u. Petiteau) 500.
—, Speichel-, nach Morphiumvergiftung (Collins u. Tatum) 620.
—, sprachlicher und mimischer, bei manischer Cyclophrenie (Iwanow-Smolensky) 232.
—, Stell-, und Lagereflex bei Delirium tremens (Hoff u. Schilder) 232.
—, sukzessiver individueller (Beritoff) 506.
—, tonischer, und Haltungs- (Foix u. Thévenard) 368.
—, viscero-cutaner (Wernøe) 273.
—, viscero-motorischer (Miller u. Waud) 493.
Reflexologie, kollektive, und kindliches Kollektiv (Ševaleva) 637.
Regeneration und Nervensystem (Locatelli) 12.
Reichsgesundheitsrat und sparsame Krankenbehandlung 848.
Reichsversicherung und Nervenkranke (Hirt) 817.
— und traumatische Neurosen (Buhtz) 591.
Reichsversicherungsordnung 589.
Reiz-Bewegungssysteme (Sommer) 631.
—, Schreck-, und Aufmerksamkeit (Jacobson) 637.
Reizkörpertherapie, unspezifische s. Proteinkörperbehandlung.
Religiöse Epidemie (Goldbladt) 885.
— Gefühle und Kinderpsychologie (Bovet) 44.
— Heilung (Seng) 773.
— Krise (Guyader) 773.

Digitized by Google

Religionsphilosophie, deutsche (Fröhlich) 773.
Rentensucht, Kriegs- und Unfallbeschädigte (Weiler) 817.
Retina-Blutumlauf und Kreislauf, Beziehung (Orlandini) 762.
Rheumatismus s. a. Arthritis.
—, deformierender, und Parkinsonzittern (May) 541.
—, Wirbelsäulen-, amytrophische Paraplegie infolge (Raynaud, Lacroix, Boutin u. Marill) 558.
Rhino-pharyngeale Geschwulst und Hypophysenzerstörung (Worms u. Delater) 866.
Riesenwuchs (Rossiysky) 570.
Rigidität bei atypischer cerebellarer Atrophie (Ley) 679.
Rinde, Großhirn-, beim Kamel (Kurz) 353.
Röntgenbehandlung bei Akromegalie (Stolkind) 695.
— bei Basedowscher Krankheit (Prusciano) 204.
— bei endokrinen Erkrankungen (Borak) 574.
—, exzessive, Thyreoidea-Hyperfunktion infolge (Gram) 451.
— bei Gehirngeschwulst (Bregman) 75; (Towne) 75; (Guarini) 185; (Lévy) 427; (Derr) 861.
— bei hypophysären Augenerkrankungen (Favaloro) 445.
—, Hypophysen-, im Klimakterium (Altmann) 579.
—, Hypophysen-, und Stoffwechsel (Szenes u. Stecher) 142.
— bei Hypophysengeschwulst (Towne) 695.
— bei Ovariuminsuffizienz (Bolaffio) 868.
— und Psyche (Vogt) 58.
— bei Syringomyelie (Scharápov) 308; (Giese u. Ossinskaja) 796.
— bei Thyreotoxikose (Allison) 575.
Röntgenbild bei Schädelfraktur (Stewart) 816.
Röntgendiagnostik s. a. Röntgenuntersuchung.
— innerer Krankheiten [Grundriß] (Munk) 388.
Röntgenintoxikation bei Basedowscher Krankheit im Klimakterium (Lévai) 577.
Röntgenologie s. Myelographie.
Röntgenstrahlenwirkung auf Froschmuskel (Kushner) 457.
Röntgenuntersuchung bei Gehirngeschwulst(Lévy) 427.
— hypophysärer Gehirnerkrankung (Audan u. Knentz) 804.
— bei Poliomyelitis (Hassin, Baker u. Wakefield) 434.
— bei Wirbelsäulen- und Rückenmarkerkrankungen (Peiper) 556.
Rombencephalon, Fasciculus longitudinalis medianus (Schaltenbrand) 739.
Rorschachscher Versuch bei Kindern (Löpfe) 379.
— Versuch bei Oligophrenie (Pfister) 465.
Rossolimosches Symptom (Astvazaturov) 502.
Rückbildungsalter-Erkrankung und Arteriosklerose (Gilarowsky) 882.
Rücken-Reflex der Adduktoren (Členov) 271.
Rückenmark-Anästhesie (Simionescu) 64.
— -Anästhesie und Duralabsceß (Gross) 433.
— -Anästhesie, Gehirnnervenschädigung (Blaschke u. Herrmann) 64.
Rückenmark-Anästhesie in gynäkologischer Chirurgie (Liebhart) 407.
— -Anästhesie, Nervus abducens-Lähmung (Riva) 863.
— -Chirurgie (Jirásek) 862.
—, durchschnittenes, beim Fisch, Regeneration (Pearcy u. Koppányi) 140.
—, Erkrankung, Lipiodolinjektion (Oljenick) 309.
— -Erkrankung, Queckenstedtsches Symptom (Coleman) 62.
— -Erkrankung, Röntgenuntersuchung (Smitt, Sillevis u. Bok) 83; (Peiper) 556.
— -Geschwulst s. Geschwulst, Rückenmark-.
— -Kompression durch Geschwulst (Mixter) 555.
— -Meningen, Trauma (L'Heureux u. Ingelrans) 706.
—, motorische Lokalisation (Chiurco) 257.
—, Nierensarkom und Metastasen (Muratori) 862.
— bei Pemphigus (Mc Glasson u. Keiller) 611.
— -Segmente, Leitungsunterbrechung (Havlicek) 58.
— -Seitenstränge bei Tabes dorsalis (Krivy) 437.
—, Substancia alba und grisea (Henneberg) 250.
— -Trauma und Steißgeburt, Beziehung (Ford) 817.
—, verlängertes, s. Medulla oblongata.
Rückenmarkbahn der Visceralsensibilität (Spiegel u. Bernis) 267.
Rückenmarkgefäß, Anpassungsreflex (Bechterew) 620.
—, Pathologie (Groppali) 555.
Rückenmarkwurzel, Chirurgie (Burdenko) 365.
— -Störungen und Spina bifida occulta (López Albo) 835.
Rückenschmerzen, lumbale und sacro-iliacale (Berry) 778.
Rückfallfieber s. Recurrens.

Sachs-Georgi-Reaktion und Wassermannsche Reaktion, Vergleich (Sital Chandra Dutt) 663.
Sacro-iliacale Rückenschmerzen (Berry) 778.
Sacrococcygeales Chordoma (Alexander u. Struthers) 863.
Sacrum-Sarkom (Milone) 863.
Sadomasochismus, Dynamik (Schindler) 234.
Säugling-Psychologie (Bernfeld) 39.
— -Reflex bei Apraxie (Galant) 30.
Sakralwirbel, [1] Lumbalisation (Léri) 797.
Salvarsan-Dermatitis, Behandlung (Brill) 814.
— -Schäden, Behandlung (Dietel) 104.
— -Schäden, Na-Thiosulfatbehandlung (Ullmann) 459.
Salvarsanbehandlung, Ictus gravis infolge (Höglund) 216.
— bei tabischer Nervus opticus-Atrophie (Waldmann) 82.
— bei multipler Sklerose (Sauer) 687.
— bei Syphilis (Baer) 586.
Sanatorium für Nervenkranke (Dobrochotoff) 607.
Sarkom, Nieren-, im Rückenmark (Muratori) 862.
—, Sacrum- (Milone) 863.
Sarkomatose, Gehirn- (Fried) 858.
Sauerstoff-Aufnahme bei Einatmung konzentrierter Sauerstoffgemische (Pereira) 150.
— -Aufnahme und Pulsfrequenz (Lythgoe u. Pereira) 150.

Digitized by Google

erstoff - Behandlung, subcutane, bei Narkomanie Bogomolov) 721.
-Einblasung bei Meningitis tuberculosa (Klinke) 789.
-Verbrauch des Blutes, hormonale und pharmakologische Beeinflussung (Tsukamoto) 201.
ädel-Anthropologie (Obregia) 4.
-Blutung infolge Geburtstrauma (Schwartz u. Fink) 589.
-Defekt, angeborener (Ehrhardt) 530.
-Deformation bei Selbstmördern (Krjukow) 657.
-Fraktur, Röntgenbild (Stewart) 816.
-Hydrocele, traumatische, der Arachnoidea (Ticozzi) 876.
Luftblasen im (van Eicken) 164.
-Maße, innere, Meßzirkel (Weinert) 483.
-Osteoporosis und Syphilis congenita (Menninger) 103.
-Plastik mit Knoten-Periostlappen von Tibia (Bufalini) 519.
von Safferstetten (Saller) 359.
-Subduralraum (Penfield) 487.
-Verknöcherung bei Neugeborenen (Abels) 483.
ädelbasis-Fraktur (Mazel u. Robin) 815.
malignes Chondrochordom (Wohlwill) 173.
tuberkulöse Granulation, Hirnnervenlähmung (Biref) 304.
ädelgrube-Geschwulst, hintere (Pick) 546.
-Geschwulst und Opisthotonus (Insabato) 860.
ädelknochen-Syphilis (Stadnizkij) 326.
ädeltrauma, Behandlung (Trotter) 460.
Blutzuckerkurve (Davidson u. Allen) 218.
Durageschwulst (Taft u. Strecker) 183.
Epilepsie (Fuchs) 816.
Gehirnabsceß (Bruskin) 305.
Labyrintherkrankung (Brunner) 459.
Psychologie (Hartmann u. Schilder) 107.
psychotische und neurotische Störungen, Beziehung (Hall) 108.
Trismus (Urecchia u. Mihalscu) 330.
ädelverletzung s. Schädeltrauma.
allokalisation und Vestibularapparat (Leisse) 145.
eitellappen s. Lobus parietalis.
iefhals s. Torticollis.
ielen und Konstitution (Heinonen) 830.
iffsschaffner, geistesgestörter (Ameghino) 283.
ilddrüse s. Thyreoidea
izoide (Lévy-Valensi) 225.
Psychopathie beim Kind (Ssucharewa) 599.
izoider Charakter (Laurent) 729.
izophrene Assoziationen (v. Bakody) 127.
und metencephalitische Störungen, Differentialdiagnose (Leyser) 719.
Prozeßpsychose, cyclische Form (Carp) 717.
Reaktion und Amentia (Bresowsky) 719.
izophrener Symptomenkomplex, postoperativer (Giacanelli) 718.
izophrenie (Lévy-Valensi) 225; (Cassity) 226; (Schneider) 338; (Benedek) 468; (Bielawski) 717.
Contractur unterer Gliedmaßen (Daraszkiewicz) 719.
und Dementia praecox, Vergleich (Claude) 226.
extrapyramidale Zentren (Nagasaka) 821.
Schizophrenie, Hodenuntersuchungen (Witte) 228.
—, konstitutioneller Habitus (Henckel) 468.
— und krankhaftes Bedauern (Minkowski) 338.
—, Organotherapie (Petry) 128.
—, Physiogenes und Psychogenes (Bleuler) 716.
—, psychologischer Aufbau (Storch) 717.
— und Psychopathie, Vergleich (Travis) 227.
— und Psychose, Analyse (Carp) 338.
— und Somnifendauernarkose (Schmidt) 339.
—, Spät- (Halberstadt) 468.
— -Sydrome bei Encephalitis epidemica (Morselli) 411.
—, Unheilbarkeit (Morgenthaler) 880.
— und Zeichenbegabung (Máday) 128.
— bei Zwillingen (Gordon) 233.
Schläfenlappen s. Lobus temporalis.
Schlaf bei Encephalitis epidemica (Trömmer) 175; (Salkind) 533.
—, Kinder- (Karger) 362.
— und Phosphorausscheidung im Harn (Kleitman) 760.
—, physiologische Erscheinungen (Weber) 164.
— und psychanalytische Methode (Farrow) 46.
— -Störung vom psychosyntetischen Gesichtspunkt (Bjerre) 642.
— und vegetatives Nervensystem (Salmon) 25.
Schlaflosigkeit (Weiskotten) 34; (Hutchinson) 58.
Schlafmittel (Dreyfus) 516.
— -Hypnose (Schilder) 59.
Schlafzentrum und Hypophyse-Erkrankung (Markov) 447.
— und pathologische Somnolenz (Brailovskij) 776.
Schlaganfall, Entstehung (Rosenblath) 414.
Schluckzentrum nach Schluckwelle (Reisch) 751.
Schmerz, abdominaler, bei Tabes dorsalis (Kuttner u. Isaac-Krieger) 777.
—, Ausdrucksbewegungen (Kollarits) 508.
— und interne Erkrankung (Szemzö) 386.
—, Neostrontan bei (Löwenberg) 58.
—, Physiologie (Goldscheider) 264.
— -Sensibilität der Cornea, Topographie (Saffiotti) 624.
Schmerzsinn, Topographie (Schriever) 17.
Schneidezähne, obere laterale, Entwicklungsstörung (Ratner) 445.
Schopenhauers Handschrift (Klages) 473.
Schreckneurose, psychomuskuläre Komponente (Sommer) 706.
Schreckreiz und Aufmerksamkeit (Jacobson) 637.
„Schuld" im Deutschen Strafgesetzentwurf (Gleispach) 119.
Schuldgefühl, entlehntes (Lampl) 642.
Schule für Anomale in Polen (Wawrzynowski) 899.
Schulterblattypus und Vererbung (Graves) 479.
Schultergegend, Nervenanastomosen (Turbin) 361.
Schulterkammsymptom und Unfallbegutachtung (Bettmann) 817.
Schußverletzung peripherer Nerven (Jacobson) 441.
Schwachsinn und Dementia praecox, Differentialdiagnose (Goldblatt u. Raskina) 711.
—, jugendlicher (Johnstone) 221.
—, jugendlicher, sittliche und soziale Auswirkungen (Moses) 334.
—, Kastration bei (Ochsner) 345.

Digitized by Google

Schwachsinn, kindlicher (Haller) 221; (Ziehn) 651.
—, kindlicher, und schematische Zeichnungen (Szuman) 222.
—, kindlicher, und Spiegelschrift (Sterling) 222.
— und Sexualleben (Moll) 593.
—, Thyreoidea-Untersuchung (Sterling) 450.
Schwachsinnige, Anstaltsbehandlung und Beschäftigungstherapie (McCutcheon) 711.
—, Anstaltsbehandlung, in Schweden (Lundahl) 248.
— -Erziehung in Nordamerika (Spuffard-Morgan) 334.
— -Fürsorge, offene und geschlossene (Lafora) 607.
— -Fürsorge, soziale (Heuyer) 480.
— -Fürsorge und staatliche Verwaltungsfragen (Brown II) 480.
— Kinder in Italien (Colucci) 248.
— Kinder, soziale Anpassung (Roubinovitch u. Debray) 465.
Schwangere, Versehen der (Brunnemann) 640.
Schwangerschaft-Eklampsie (Elwyn) 104.
—, Gesichtsfelduntersuchungen (Metzger, Simon u. Weinberg) 34.
— und Meningenpermeabilität (Benda) 298.
— -Phantasie beim Mann, Psychanalyse (Silverer) 46.
— -Psychose (Mazaćová) 229.
— und Spasmophilie (Merletti) 455.
— und vegetatives Nervensystem (Sümegi u. Liebmann) 267.
Schwangerschaftsunterbrechung und Strafgesetz (Küstner) 243.
Schwarzreaktion im Harn (Buscaino) 282, 283; (Girone) 284; (Luncangeli) 656.
Schweifkern s. Nucleus caudatus.
Schwergefühl der Cornea, Topographie (Saffiotti) 624.
Schwerhörigkeit, labyrinthäre, Vererbung (Bauer u. Stein) 681.
Schwindel bei Kleinhirnerkrankungen (Piéchaud u. Siméon) 548.
—, labyrinthärer, bei Kohlenoxydgasvergiftung (Löwy) 702.
—, Menièrescher (Hautand, Durand u. Aubry) 550.
— und Nystagmus (de Kleijn u. Versteegh) 793.
Sclerodermia diffusa (Orlof) 196.
Sclerodermie (Kanno) 443; (Russi) 443.
— en plaques und Syphilis, Beziehung (Liebner) 196.
— und kalkartige Granulation (Thibierge, Spillmann u. Weissenbach) 561.
— mit Hautödem (Danilewskaja u. Markov) 196.
—, jugendliche (Isola) 561.
— beim Kind, Klinik und Anatomie (Kraus) 89.
—, Kochsalzlösungsinjektion (Herzog) 561.
— mit Sklerodaktylia (Celasco) 692.
Sclerosis cerebello-intercorticalis (Nikitin) 428.
— cerebello- pyramido-intercorticalis, Hemisphären-Leitungs- und Zellveränderungen (Wenderowič) 428.
Scopolamin-Novocain-Vergiftung, Neuritis acustica infolge (Beeger) 188.
Seekrankheit, Ursachen (Regnault) 430.
Seele s. a. Psyche.
— -Leib-Problem (Laird) 770.
Seelsorge, Psychiatrie und Psychotherapie (Schultz) 293.
— und Psychotherapie (Künkel) 659.
Seelsorger und sexuelle Frage (Knabe) 774.
Sehbahn, zentrale, und mechanischer Druck (Hirsch) 49.
Sehen, mono- und binokuläres (Henschen) 753.
Sehhügel s. Thalamus opticus.
Sehnenreflex (Langelaan) 498.
— und Kleinhirngeschwulst (Gehuchten) 427.
— und Muskeltonus (Langelaan) 30.
—, Spannungsempfindung (Pachon u. Petiteau) 500.
Sehnerv s. Nervus Opticus.
Sehraum und Tasttäuschung (Brückner) 633.
Sehrinde und einzeläugiges Gesichtsfeld (Kleist) 751.
Sehstörung, hysterische (Seidler) 237.
Sehstrahlung, Physiologie und Pathologie (Cords) 11.
Seitenstrangläsion, Sensibilitätsstörungen (Bremer) 706.
Seitenventrikel-Perforation (Trénel u. Montassus) 330.
Seitenwenderbahnen in Brücke bei Encephalitis epidemica (Bartels) 2.
Sekretionsprozeß und Elektrolyte (Alpern) 839.
Selbstbehandlung, seelische (Hähnlein) 294.
Selbstbeschädigung und Selbstverstümmelung (Trömner) 657.
Selbstmord, Fremdkörper im Atemwege zum Zweck von (Ventra) 657.
—, Pathogenese (Rieti) 656.
—, Prophylaxe und Behandlung (Prosorov) 656.
— -Psychodynamik, Lebens- und Todesinstinkt (Gartner) 656.
—, und Schädeldeformation (Krjukow) 657.
— -Statistik (Freudenberg) 657.
Selbstverstümmelung und Selbstbeschädigung (Trömner) 657.
Sella turcica anomaler Kinder, Röntgenbild (Gordon u. Bell) 282.
— turcica, Varietäten (Goldhammer u. Schüller) 133.
Senile Plaques, Mikroglia und Makroglia (Timmer) 228.
— Pseudoplaques (Minea) 228.
Seniles-Gehirn, schleimige Degeneration (d'Hollander, Rubbens u. van Bogaert) 822.
Sensibilität, Cornea-, infolge Trichloräthylen (Rohrschneider) 263.
—, Cornea-, Topographie (Saffiotti) 624.
— -Störungen bei Seitenstrangläsion (Bremer) 706.
—, Visceral-, der Rückenmarksbahn (Spiegel u. Bernis) 267.
—, Visceral-, und Ulcusschmerz (Hirschberg) 777.
Serodiagnostik bei experimenteller Syphilis des Kaninchens (Mutermilch u. Nicolau) 750.
Serum, Blut-, Kuhmilchpräcipitine, bei Spasmophilie (De Lorenzi) 812.
— -Erkrankung, Nervus Radialislähmung (Carrau) 815.
— -Lähmung (Binet u. Hoche) 815.

Digitized by Google

Serumbehandlung, Eigen-, intralumbale (Pette) 396.
— bei Meningitis cerebrospinalis (Schmidt) 786.
—, Meningokokken- (Nestor u. Codreanu) 403.
Sexual... s. a. Geschlechts...
— -Differenzierung (Kronfeld) 241.
— -Konstitution (Kronfeld) 241.
— -Neurasthenie (Reich) 726.
— -Pathologie in Gefängnissen (di Tullio) 341.
— -Verbrecher, erbbiologische Studien (Fetscher) 888.
— -Vergehen (East) 344.
Sexualcharakter und Geschlechtsdrüsen, Beziehung (Zucker) 807.
— des Kopfhaarkleides (Buschke u. Gumpert) 729.
Sexualdrüsen s. Geschlechtsdrüsen.
Sexualität (Glover) 640; (Hadfield) 640; (Shand) 640.
—, Anal-, Psychogenese (Schindler) 515.
— und Konstitution (Günther) 892.
Sexualleben s. Geschlechtsleben..
Sexualproblem und Wohnungsnot (Noack) 127.
Sexualstrafrecht und deutsches Strafgesetz (Alsberg) 239.
Sexualwissenschaft [Handwörterbuch] (Marcuse) 639.
Sexuelle Frage und Seelsorger (Knabe) 774.
—, hetero-, Liebe (Weiss) 642.
Silbersalvarsan bei Metasyphilis (Garai) 586.
Simulation während Haft (Hellstern) 728.
— von Nierensteinen bei Hysterie (Cioni) 238.
— von Psychose (v. Németh) 128.
— und reaktive Psychose (Hakkebusch) 475.
Singultus epidemica in Dämenark (Neel) 412.
— und Ganglion sphenopalatinum, Beziehung (Rehfeldt) 281.
Sinne, niedere, Physiologie [Handbuch] (von Skamlik) 623.
Sinnesknospen an Hyobranchialapparat (Stadtmüller) 360.
Sinnestäuschung s. Halluzination.
Sinus cavernosus, otogene Thrombophlebitis (Alexander) 62.
— cavernosus-Thrombose (Jaensch) 62.
— longitudinalis inferior, kongenitaler Varix (Marx) 6.
— sphenoidalis-Enchondrom, oculohyphysäres Syndrom (Lupo) 569.
Sinusitis „formes frustes" und Migräne, Beziehung (Béhague u. Dufourmentel) 440.
Sinusthrombose bei akuter Mastoiditis (Polisar) 678.
—, laterale, dynamische, Liquor cerebrospinalis-Studien (Tobey jr. u. Ayer) 295.
—, otogene, und Stirnhirnabsceß (Bleyl) 305.
—, septische Blutungen (Ruttin) 296.
—, Vena jugularis-Unterbindung (Undritz) 364.
Sittlichkeitsvergehen und jugendliche Zeugen (Stern) 828.
Sklerodaktylia bei Sklerodermie (Celasco) 692.
Sklerose s. a. Pseudosklerose.
—, Gehirn-, familiäre, diffuse, beim Kind (Scholz) 456.
—, lobäre, Pathologie und Klinik (d'Hollander u. de Smedt) 258.
Sklerose, multiple (Böhmig) 191; (Reys) 435; (Bolten) 684; (Paulian) 686.
—, akute (Faworskij) 436.
—, atypische (Bolten) 191.
—, Behandlung (Schacherl) 192.
—, bikolorierte Mastixreaktion (Turzó) 406.
—, Differentialdiagnostik (Wexberg) 436.
—, Entmarkungsherde (Spielmeyer) 191.
—, und Epilepsie (Wilson, Kinnier u. Macbride) 191.
—, experimentelle, an peripheren Nerven (Minea) 141.
—, Fieber (Epstein) 685.
—, Histopathologie (Marinesco) 685.
—, und Neuritis-optica, Beziehung (Friedinger) 436.
—, Nystagmus (Ohm) 686.
—, Salvarsanbehandlung (Sauer) 687.
—, und Syphilis des Nervensystems, Differentialdiagnose (Kron) 686.
Skoliose, Spät-, essentielle, hereditäre, und cerebellare Ataxie (van Bogaert) 681.
Sodoku (Arkin) 704.
Somnervin (Goldstein) 516.
Somnifen (Weiss) 287.
— -Dauernarkose bei Schizophrenie (Schmidt) 339.
— -Injektion, intravenöse, bei Geisteskranken (Pavlovitsch) 288.
Somnolenz, pathologische, und Schlafzentrum (Brailovskij) 776.
Sonnenbäder (Marcuse) 288
Sozial-psychiatrische Chronik (Schuurmans u. Stekhoven) 732.
— -psychologische Wirkung des deutschen Unfallgesetzes (Bolte) 818.
Soziale Psychiatrie (McCord) 480.
— Wahrnehmung, Test für (Gates) 41.
Soziales Verhalten in Vorpubertät (Reininger) 41.
Soziologie, individualpsychologische (Neumann) 640.
Spasmophiler Pseudokeuchhusten (Wernstedt) 211.
Spasmophilie und Alkalose (Bohmer u. Woringer) 812.
—, Blutfermente (Morev) 454.
—, kindliche, Behandlung (Genoese) 813.
—, Kuhmilchpräcipitine im Blutserum (De Lorenzi) 812.
— und Schwangerschaft (Merletti) 455.
—, Ultravioletttstrahlenbehandlung (Biancani) 211; (Lesné Turpin u. Guillaumin) 455.
Spasmus mobilis im Gesicht (Horn) 107.
— mobilis der Pupillen (Westphal) 535.
—, tonischer, und infantiler Torsionsspasmus (Wimmer) 540.
Spastische Lähmung (Kaisin) 291.
Speichelreflex nach Morphiumvergiftung (Collins u. Tatum) 620.
Sphenopalatines und Gassersches Syndrom (Worms) 648.
Spiegelschrift, Experimente (Sterting) 53.
— schwachsinniger Kinder (Sterling) 222.
Spiel und Komik (Lotmar) 44.
—, Theorie (Luther) 33.
Spielforschung, Kinder-, Grundfragen (Schläger) 44.

Digitized by Google

Spina bifida, Chirurgie (Stockmeyer) 193.
— bifida occulta cervicalis (Hassin) 558.
— bifida occulta, Diagnose (De Stermich) 193.
— bifida occulta und Rückenmarkwurzelstörungen (López Albo) 835.
Spinal-Erkrankung, Frühdiagnose (Mott) 83.
— -Ganglienzellen von Beriberi-Vögeln (Ma) 141.
— -Paralyse, hereditäre spastische (Specht) 190.
— -Syphilis, amyotrophische (Falkiewicz) 700.
Spinale Kinderlähmung s. Poliomyelitis anterior acuta.
Spirochaete pallida bei Paralyse, Photographie (Clark) 713.
— pallida in Paralytiker-Gehirnrinde (Pacheco e Silva) 819.
Spirochätose, Syphilis-, und Recurrens- (Kolle) 494.
Spondylitis, Psoasschmerz (Gregory) 84.
— tuberculosa beim Kind (Privat) 557.
— tuberculosa, prävertebraler Abceß (Sorrel u. Maurice) 557.
Spondylolisthesis (Turner u. Tschirkin) 193; (Léri) 797.
Spontan-Encephalitis des Kaninchens (Bonfiglio) 877.
Sport, Psychologie (Deutsch) 34.
Sprache und Gehirnhemisphärenfunktion, Beziehung (Henschen) 490.
—, Laut-, des Menschen, organische Wurzeln (Naunyn) 155.
Sprachgewohnheit und behavioristische Erklärung des Bewußtseins (Markey) 36.
Sprachlähmung, hysterische, des Gaumensegels nach Diphtherie (Boenninghaus) 726.
Sprachliche Reaktion und akzessorische Ausdrucksform (Hohman) 36.
Sprachstörung (Scripture u. Glassburg) 856.
— und Intelligenz bei Schulkindern (Dworak) 856.
Sprachverständnis, intuitives, der Kinder (Tomb) 155.
Stammganglien (Kleist) 541.
—, Erweichungsherde (Borremans) 415.
— der Wale (Riese) 132.
Starrkrampf s. Tetanus.
Statische Leistungen, Ermüdbarkeit (Levinger) 506.
Statisches Gleichgewicht bei Flugpiloten (Brammer) 16.
Status marmoratus (Meyer) 789.
— marmoratus des Corpus striatum (Onari) 70; (Vogt) 790.
Staupe, Hunde-, und Encephalitis epidemica, Beziehung (Lewy u. Fränkel) 618.
Stauungspapille, dekompressive Kraniektomie (Radovici u. Angelescu) 55.
— bei Hypophysengeschwulst (Harms) 569.
— otitischen Ursprungs (White) 52.
— bei Syringomyelie (Roskam) 308.
Steinachsche Operation beim Parkinsonismus (Zacharčenko) 673.
Steißgeburt und Rückenmarkstrauma, Beziehung (Ford) 817.
Stellreflex bei Delirium tremens (Hoff u. Schilder) 232.
Sterbende, Psyche (Icard) 775.
Sterilisation (Möckel) 242; (Naville) 242.
— und Epilepsie (Smith) 333.
— Geisteskranker (Fischer) 242.
— geistig und sittlich Kranker und Minderwertiger (Gaupp) 121.
— Minderwertiger (Marcuse) 122; (Gaupp) 832.
— in Schweden 894.
Sternoclaviculargelenk-Erkrankung (Kramer) 249.
Steuerung, seelische, und Psychanalyse (Maeder) 516.
Stimmung Geisteskranker (Révész) 285.
Stirnbein s. Os frontale.
Stirnhirn-Abceß nach otogener Sinusthrombose (Bleyl) 305.
— -Geschwulst (Pick) 546; (Nonne) 547.
— -Trauma, Charakter und Temperament (Wimmer) 876.
Stirnhirnbalken-Geschwulst, Grundgelenkreflex mit Zwangsgreifen (Stiefler) 676.
Stirnhöhle-Ausbildung (Weinert) 483.
Stirnlappen s. Lobus frontalis.
Stoffwechsel bei Akromegalie (Cestan, Sendrail u. Lassalle) 570.
—, Calcium-, und Ovariektomie (Dalsace u. Guillaumin) 320.
— und endokrine Drüsen (Cannon) 565.
—, Energie-, und Gemütsbewegung (Deutsch) 45.
— bei Epilepsie (Vollmer) 220; (Wildermuth) 220, 710; (De Crinis) 709.
—, Fett-, hormonal-nervöses Regulierungssystem (Raab) 837.
—, Gas-, und Adrenalin bei Mäusen (Abderhalden u. Gellhorn) 209.
—, Gas-, bei Basedowscher Krankheit (Pollitzer u. Stolz) 204.
—, Gas-, und Jodstoffwechsel bei Kropf während Geschlechtsreife (Eckstein u. Mommer) 867.
—, Gas-, respiratorischer, und Insulininjektion bei Basedow (Meyer) 576.
—, Gas-, respiratorischer, bei Thyreoidea-Erkrankung (Gmelin u. Kowitz) 203.
—, Gehirn- (Holmes) 261, 837.
— und Geschlechtsdrüsen (Korenchevsky u. Carr) 320.
— und Hautkrankheiten (Bloch) 317.
—, Kohlehydrat- (Holmes) 261, 837.
—, Kohlehydrat-, des zentralen Nervensystems (Uchida) 494.
— bei manisch-depressivem Irresein (Klemperer) 340.
— und Neurose (Curschmann) 450.
—, Phosphor-, und Ovariektomie (Dalsace u. Guillaumin) 320.
— bei Psychose (Bowman u. Fry) 655.
—, Purin-, bei Urticaria mit Ödem (Lindberg) 565.
—, respiratorischer, und Thyroxin (Löhr u. Freydank) 200.
— nach Röntgen- und Diathermiebehandlung der Hypophyse (Szenes u. Stecher) 142.
— und seelische Erregung (Landis) 274.
Stoßphänomen (Foix u. Thévenard) 368.
Strabismus s. Schielen.
Strafanstalt, bayrische, kriminalbiologischer Dienst (Viernstein) 476.

Digitized by Google

Strafbare Handlung im deutschen Strafgesetzentwurf (Bendix) 344.
Strafbedürfnis, Klinik (Fenichel) 642.
Strafgesetz-Entwurf, deutscher (Ganahl) 889; (Herschmann) 889.
— -Entwurf, deutscher, und Jugendgerichtsgesetz (Francke) 238.
— -Entwurf, deutscher, und Prostitution (Wegner) 889.
— -Entwurf, deutscher, und „Schuld" (Gleispach) 119.
— -Entwurf, deutscher, und Sexualstrafrecht (Alsberg) 239.
— -Entwurf, deutscher, und strafbare Handlungen (Bendix) 344.
— und Schwangerschaftsunterbrechung (Küstner) 243.
Strafmaß, Abschaffung (Aschaffenburg) 890.
Strafrecht und Homosexualität (Placzek) 239.
— und Zurechnungsfähigkeit (Darvai) 476.
Strahlenbehandlung bei Basedowscher Krankheit (Vignal u. de Prades) 96; (Milani) 576.
— bei Poliomyelitis (Bordier) 795; (Laborderie) 795.
—, [ultrapenetrierende], bei maligner Wirbelkanalgeschwulst (Loizaga u. Espinola) 85.
— [ultraviolett] bei Basedowscher Krankheit und Kropf (Livet, Bonnet-Lemaire u. Roger) 97.
— [ultraviolett] bei Herpes zoster (Traikin u. Burill) 195.
— [ultraviolett] bei Spasmophilie (Lesné, Turpin u. Guillaumin) 455.
— [ultraviolett] bei Spasmophilie und Tetanie (Biancani) 211.
Striäre Erkrankung, experimentelle, bei Macacus Rhesus (Mella) 491.
Striatum s. Corpus striatum.
Strömungssinn bei Tieren (Herter) 264.
Struma s. Kropf.
Strychnin-Vergiftung und Nervensystem (Bremer) 493.
— -Wirkung auf Gesichtssinn (Kaijser) 621.
Strychninsulfat bei Polyneuritis diphtherica (Beretervide u. Pozzo) 313.
Subarachnoidal-Blutung, spontane, und Herpes zoster (Adie) 802.
Subduralraum, Schädel- (Penfield) 487.
Subgenitalismus durch Syphilis (Trömmer) 453.
Suboccipital-Punktion, Technik (Osann) 54.
Substantia alba und grisea im Rückenmark (Henneberg) 250.
— grisea und Gemeingefühle, Beziehung (Goldscheider) 265.
Substitutionstherapie und polyglanduläre Insuffizienz (Mittelmann) 445.
Suggestibilität, Paranoia, Affektivität (Bleuler) 884.
Suggestion (Genil-Perrin) 660.
— in Heilpädagogik (Seeling) 382.
—, hypnotische, und vegetatives Nervensystem (Laudenheimer) 159; (Marcus u. Sahlgren) 159.
— und Persönlichkeit (Brown) 45.
— und psychische Realanalyse (Benussi) 158.
— und Psychologie (Sante de Sanctis) 44.
Suggestive Analgesie (Bujas) 45.
Suicidium s. Selbstmord.
Sulpharsphenamin und Zentralnervensystem (Fordyce, Rosen u. Myers) 840.
Supraoptico-hypophyseus, Tractus (Greving) 739.
Suprarenales Syndrom (Pende) 98.
Suprarenin-Anhydrämie und Nebennierenfunktion (Barbour u. Hamilton) 580.
Sydenhamsche Chorea s. Chorea minor.
Sympathektomie, Hals-, Folgezustände (Jirásek) 56.
—, Hals-, partielle, bei Basedowscher Krankheit (Chalier) 452.
— und Ohrgeräusche (Brüning u. Forster) 308.
—, neue Operation (Leriche) 291.
—, periarterielle (Brüning) 57; (Pieri) 289; (Pokorny) 401; (Hirsch) 520; (Rubaszev) 520; (Cohen) 783.
—, periarterielle, Anatomie (Bergglas) 136.
—, periarterielle, der Arteria femoralis oder Nervus Ischiadicus-Injektion (Taylor u. Rice) 692.
—, periarterielle, präparatorische Untersuchung (Hirsch) 290.
—, periarterielle, Theorie und Praxis (Holst) 783.
—, periarterielle, bei trophischen und gangränösen Affektionen der Glieder (Diez) 56.
—, perikarotide, bei essentieller Epilepsie (Bojovitch) 880.
Sympathicektomie, periarterielle (Vilardell) 521.
Sympathicotonie, experimentelle, chronische (Wohlgemuth u. Seo) 768.
—, klinische Methode (Gelmann) 758.
Sympathicotonus der Gehirnarterien während Schwangerschaft (Muck) 26.
Sympathicus bei Basedowscher Krankheit (Hepner u. Nikišin) 576.
—, Brust-, Rami communicantes (Latarjet u. Bertrand) 742.
— cervicalis-Läsion und Herpes corneae (Kowarskaja) 442.
—, Chirurgie (Liek) 290; (Colmers) 521.
—, Chirurgie, Gefäßerweiterung (Brown u. Rowntree) 784.
—, Chirurgie, plastischer Tonus nach (Meek u. Crawford) 139.
— bei Epilepsie (Langeron) 111.
—, Hals-, Exstirpation, Muskeldystrophie nach (Kuré, Tsuji u. Hatano) 522.
—, Hals-, Lähmung und Gehirnnervenlähmung [5.—12.] (Juarros u. Prada) 313.
—, Hals-, Reizung (Angelucci) 317.
— und Hautdrüsen beim Frosch (Speranskaja-Stepanowa) 266.
— -Innervation bei Tabes dorsalis (Lortat-Jacob u. Haye) 81.
— bei calorischer Prüfung [Barany] (Lannois u. Gaillard) 551.
—, Pathologie (Bard) 759.
— -Schmerzen und Gesichtsneuralgie (Sicard) 688.
—, spinale Nervenfasern im (Matsui) 754.
— und Zellpermeabilität (Karczag u. Zilahy) 765.
Sympathicusganglien-Exstirpation im Lumbalgebiet (Brown u. Adson) 289.

Digitized by Google

Sympathische Ganglien, Histologie (Terplan) 612.
— Innervation und Muskeltonus (Hunter) 499.
— Innervation und Physostigmin (Granberg) 26.
— Innervation und Quadriceps femoris Tonus (Kuntz u. Kerper) 366.
Synergisten (Wachholder u. Altenburger) 24.
Synergysmen (Planelles) 268.
Synkinese, Augenlider-, bei epidemischer Encephalitis (Leschtschenko) 670.
— in Diagnostik (Ossokin) 648.
— und postencephalitischer Tic (Vedel, Puech u. Vidal) 670.
Syntone, Schizoide, Schizophrene (Lévy-Valensi) 225.
Syphilis (Jahnel u. Lange) 253; (Fordyce, Rosen u. Myers) 840.
— und Amyotrophie (Pires) 871.
—, Basedowsche Krankheit infolge (Koopman) 697.
— -Behandlung (Poór) 457.
—, Bismutbehandlung (Heymann) 586.
—, Cerebrospinalmeningitis infolge (Kozernikov u. Chavskij) 325.
— cerebrospinalis, Liquor cerebrospinalis (Wile u. Keim) 214.
— congenita (Simon) 326; (Laurence) 585; (Bobrie) 700.
— congenita und Diplegia cerebralis progressiva familiaris (Higier) 103.
— congenita, endokrine Störungen (Cedercreutz) 456.
— congenita, Fourniersches Zeichen (Belloni) 585.
— congenita und Heredogeneration, Beziehung (Kufs) 792.
— congenita bei Kinder-Epilepsie (Gareiso) 332.
— congenita, larvierte, und Verdachts- (Cavallucci) 700.
— congenita, Liquor cerebrospinalis (Petrov u. Zacharjevskaja) 214.
— congenita und juvenile Muskeldystrophie (Bolten) 559.
— congenita, juvenile Paralyse und hypophysärer Infantilismus (Brussilovskij) 714.
— congenita und Raynaudsche Krankheit (Marcus) 317.
— congenita und Schädel-Osteoporosis (Menninger) 103.
— congenita, Statistik (Orel) 456.
— congenita und Syphilis des Nervensystems (Fornara) 820.
— des Corpus striatum (Lhermitte) 102.
—, Diagnose und Behandlung (Warr u. Sanders) 587.
—, Encephalitis nach, und Diabetes insipidus (Babonneix u. Lhermitte) 695.
—, endokrine Störungen (Trömner) 453.
—, exotische (Sézary) 582.
—, experimentelle, beim Kaninchen, Serodiagnostik (Mutermilch u. Nicolau) 750.
—, frühmittelalterliche (Hildebrand) 699.
—, Gehirn- (Guiraud) 102.
—, Gehirn-, und Epilepsie, Beziehung (Stuchlík) 456.
—, Gehirn-, nekrotisierende Form (Herschmann) 583.
Syphilis, Gehirn-, und progressive Paralyse, (D'Hollander u. Rubbens) 337.
—, Liquor cerebrospinalis (Babonneix u. Pollet) 102; (Georgi u. Münch) 173; (Efron u. Grżebin) 324; (Förtig) 324, 529; (Kafka) 407; (Israelson u. Krizman) 701.
—, Lumbalfunktion und Mesurolbehandlung (Hoffmann) 326.
— und innere Medizin (Schlesinger) 324.
— -Meningitis s. Meningitis syphilitica.
— und Meningitis (Milani) 213; (Monateri) 700; (Guccioni) 786.
— und Meningitis mit progressiver Paralyse, Atrophia olivocerebellaris (Kufs) 792.
— und Meningitis, erhöhte Temperatur (Slonimskaja) 871.
— und diffuse Meningo-Encephalitis (Margulis) 699.
— und Meningo-Encephalo-Myelitis (Margulis) 870.
— und Meningo-Neuritis des 8. Hirnnervenpaares (Ramadier) 583.
—, Meta-, Behandlung (Kälischer) 715.
—, Meta-, Dystrophia musculorum progressiva infolge (Zordan) 701.
—, Meta-, experimentelle Studie (Hoff u. Pollak) 81.
— und Muskelatrophie der Arme mit Halswirbelsäulenfraktur (Léchelle u. Weil) 871.
—, Muskelatrophie, spinale (Guttmann) 102.
—, nervensymptomfreie, Goldsolkurve des Liquor cerebrospinalis (Wendt) 529.
— des Nervensystems (Gaines) 324; (Sézary) 582; (Mogilnitzky) 584.
— des Nervensystems, Behandlung (Goldsmith) 458.
— des Nervensystems, familiäre (Duncan) 585.
— des Nervensystems, familiäre, und Tabes dorsalis (Guillain, Périsson u. Thévenard) 700.
— des Nervensystems, Frühdiagnose (Viets) 213.
— des Nervensystems, extrapiale Gliose der Oblongata (Lhermitte) 872.
— des Nervensystems, der Haut und Schleimhäute (Feldmann) 584
— des Nervensystems, juvenile, Behandlung (Gumpert) 215.
— des Nervensystems, konjugale (Sézary) 104.
— des Nervensystems, Liquor cerebrospinalis (O'Leary u. Nelson) 299; (Haguenau) 530.
— des Nervensystems, Liquor cerebrospinalis nach Malariabehandlung (Scherber u. Albrecht) 587.
— des Nervensystems, Liquor cerebrospinalis, Osmotherapie (Leyberg) 216.
— des Nervensystems, Malariabehandlung (Artwiński u. Ostrowski) 224; (Šaravskij) 587.
— des Nervensystems und multiple Sklerose, Differentialdiagnose (Kron) 686.
— des Nervensystems bei Syphilis congenita (Fornara) 820.
— des Nervensystems, Tryparsamidbehandlung (Lorenz, Loevenhart u. Reese) 215; (Wolfsohn u. Leiva) 215.
— mit paranoider Demenz, Meningoencephalitis und Atheromatose bei (Damaye u. Briau) 68.

Digitized by Google

Siphilis und paranoide Psychose (Damaye u. Briau) 724.
—, Parkinsonismus (Pappenheim) 584.
—, unspezifische Proteinkörperbehandlung (Greenbaum u. Wright) 586.
—, Pupille (Bellina) 650.
—, Radiculitis bei, mit Froinschem Syndrom (Delbecke u. van Bogaert) 214.
— und Recurrens-Spirochätose (Kolle) 494.
—, Rückenmark- (Blum) 872.
—, Salvarsanbehandlung (Baer) 586.
— der Schädelknochen (Stadnizkij) 326.
— und Sclerodermie en plaques, Beziehung (Liebner) 196.
— -Serodiagnose mittels Flockungsreaktion (Klopstock) 405.
— der Sinnesorgane (Sommer) 325.
—, spinale, amyotrophische (Falkiewicz) 700.
— spinalis inferior mit Xanthochroma des Liquor cerebrospinalis (Guillain, Lechelle u. Péron) 872.
—, Wassermannsche Reaktion (Knowles, Ludy u. Decker) 172.
— bei Zwillingen, serologische Untersuchung (v. Gutfeld) 585.
Syphilogene Nervenkrankheiten, Recurrensbehandlung (Plaut u. Steiner) 116.
Syringobulbie, Pseudo-strictura oesophagie (Ivanov) 796.
Syringomyelie mit Akromegalie (Macbride) 308.
— infolge Arbeitstrauma (Mikulski) 795.
— und Armhypertrophie (Guillain) 796.
— mit Pseudoakromegalie (Moreali) 796.
—, Röntgenbehandlung (Scharápov) 308; (Giese u. Ossinskaja) 796.
— und Rückenmarkgeschwulst (Bychovskaja) 556.
— mit Stauungspapille (Roskam) 308.

Tabak und Alkohol (Lickint) 231.
— und Nervus Octavus-Schädigung (Hart) 814.
— -Vergiftung, experimentelle, und Blutdruck (Alessio) 144.
Tabes dorsalis s. a. Pseudotabes.
— (Hoff u. Pollak)81; (Pandy) 552; (Pilcz) 553; (Rimé) 553; (Cauvy) 554.
—, abdominaler Schmerz (Kuttner u. Isaac-Krieger) 777.
—, Arthropathie (Palma) 687.
—, atypische (Bennett) 553.
—, Frühdiagnose (Hedić) 554.
—, Hautpigmentation, radikuläre und sympathische Abhängigkeit (Lortat-Jacob u. Haye) 81.
—, klinische Behandlung (Stokes u. Shaffer) 438.
—, kombinierte Symptomatologie (Lapinsky) 687.
—, Labyrinthreaktion (Rebattu) 553.
— und Mesaortitis luica (Kessler) 688.
—, metaluische Muskelatrophie (Kino u. Strauss) 688.
—, Nervus Opticus-Atrophie (Waldmann) 82; (Zimmermann) 438.
— mit Pagetscher Knochenkrankheit (Guillain u. Péron) 437.
—, psychische Störungen (Gougerot u. Weill-Spire) 437.
—, Rückenmarksseitenstränge (Křivý) 437.
Tabes dorsalis und Sehnen - Periostreflex bei Pachymeningitis cervicalis (Davidendov) 527.
— und familiäre Syphilis des Nervensystems (Guillain, Périsson u. Thévenard) 700.
—, Tryparsamidbehandlung (van Wulfften Palthe) 117.
— und vegetatives Nervensystem (Barkas) 437.
—, Wirbelsäulenosteoarthropathie (Prokin) 437.
Tachykardie, paroxysmale (Wittgenstein) 90.
Tastempfindung, Lokalisation (Goldscheider) 16.
Tasten, Theorie (Bürklen) 633.
Tastsinn bei Tieren (Herter) 264.
Tasttäuschung und Sehraum (Brückner) 633.
Tastvorstellung (Ponzo) 633.
Tastwelt, Aufbau (Katz) 262.
Taubstumme- Anstaltsfürsorge, in Schweden (Lundahl) 248.
Taubstummheit, kompensatorische Augenbewegungen (Kompanejetz) 187.
—, konstitutionell-sporadische, Vererbung (Bauer u. Stein) 681.
—, pathologische Veränderung (Gray u. Nelson) 393.
Tay-Sachssche Idiotie s. Idiotie, amaurotische.
Telencephalon s. Endhirn.
Telepathie und Psychanalyse (Hitschmann) 279.
Telepathisches Phänomen (Bonola) 645.
Telepsychisches Phänomen und Gehirn-Radiowellen (Cazzamalli) 47.
Temperament und Körperbau (Naccarati) 240.
—, Profil des (Ranschburg) 510.
— nach Stirnhirntrauma (Wimmer) 876.
Temperaturpunkte auf Haut, Markierungsinstrument (Pendleton) 625.
Temperatursinn bei Tieren (Herter) 264.
Temporalregion, operculare (Kakeshita) 353.
Tentoriumriß (Glatz) 459.
Teratom, Gehirn- (Derman) 858.
Test, Ausschaltung der Übung bei (Morgan) 378.
—, Einzel-, und Gruppenprüfungs- (Decroly) 379.
—, Farbwürfel-, Eichung (Hutt) 155.
—, Intelligenz-, bei 6jähr. Kind (Easby-Grave) 42.
—, Ozeretzky-, und motorische Funktion beim Kind (Merkin) 379.
— -Prüfung und Erfolg im Gewerbeschulunterricht, Beziehung (Abel) 157.
Testikel-Insuffizienz und Myxödem fruste, Beziehung (Sergent) 205.
Testis s. Hoden.
Tetanie und Alkalose (de Gens) 812.
— und Basedowsche Krankheit, gleichzeitig (Kertész) 96.
—, Chronaxie (Bourguignon) 211.
—, chronische, Homoiotransplantation [Voronoff] (Frugoni) 582.
— und Epilepsie, Beziehung (Sachs) 904.
—, experimentelle, und Diät (Inouye) 101.
—, experimentelle, und Sauerstoffmangel (Campbell) 580.
—, Hyperventilations- (Turpin) 101; (Radovici u. Sager) 580.
— und Keuchhustenkrämpfe, Beziehung (Powers) 813.
—, kindliche (Lesné u. Turpin) 210.
—, Parathyreoidea - Extraktbehandlung (Snell) 812.

Digitized by Google

Tetanie, parathyreoprive, Parathyreoideaextrakt-behandlung [Collips] (Lisser u. Shepardson) 454.
—, parathyreoprive, Zentralnervensystem - Zellveränderungen (Dye) 807.
—, postoperative (Sainton) 210.
— mit Pupillenstarre (Rutich) 582.
— und Raynaudsche Krankheit (Margolin) 692.
—, Sauerstoffspannung im Gewebe (Campbell) 210.
—, Thymusfunktion (Macciotta) 581.
— nach Thyreoidektomie (Brodersen) 453.
—, Ultravioletttstrahlenbehandlung (Biancani) 211.
Tetanus-Behandlung [Bacelli] (Famiglietti) 876.
— -Diagnose (Buzello) 328.
— -Erreger, Reinzüchtung (Glamser) 875.
—, Kopf- (Gamberini) 328.
—, Kopf-, nach Lidverletzung (Arlt) 876.
—, Milchsäurebildung (Embden, Hirsch-Kauffmann, Lehnartz u. Deuticke) 755.
— neonatorum (Nasso) 328.
—, Skelettmuskel-Dehnung und Belastung (Wyss) 149.
Tetrophan (Ostmann) 517.
Thalamus- und Hypothalamus-Läsion, cerebellothalamisches Syndrom infolge (Marinesco u. Nicolesco) 420.
— opticus-Funktion (Roussy) 617.
— opticus und seelische Funktion (Dercum) 136.
Thalamuskatze, motorische Leistungen (di Giorgio u. Simonelli) 746.
Therapie s. Behandlung.
Thomsenscher Fall s. Myotonia congenita.
Thrombophlebitis, otogene, des Sinus cavernosus (Alexander) 62.
Thrombose, Sinus cavernosus- (Jaensch) 62.
—, Sinus-, laterale, dynamische Liquor cerebrospinalis-Studien (Tobey jr. u. Ayer) 295.
—, Sinus-, bei akuter Mastoiditis (Polisar) 678.
—, Sinus-, otogene, und Stirnhirnabceß (Bleyl) 305.
—, Sinus-, septische Blutungen (Ruttin) 296.
—, Sinus-, Vena jugularis-Unterbindung (Undritz) 364.
—, Vena Rolandi- (Dowman) 539.
Thymico - lymphaticus - Status, neuroglandulärer Apparat (Mogilnizky) 566.
Thymusdrüse- Funktion bei Tetanie (Macciotta) 581.
—, therapeutische Beeinflussung durch (Blum) 395.
Thyreoidea bei Basedowscher Krankheit (Holzweissig) 95.
—, Calcium- und Kalium-Wirkung auf (Parhon u. Briese) 94.
— -Carcinom, Jackson-Epilepsie infolge (Overhamm) 73.
— und Digitalispräparate (Niccolini) 572.
— -Drüsenzellen, Morphologie (Lasowsky) 449.
— -Erkrankung (Mc Carrison) 449.
— -Erkrankung, Chirurgie (Pemberton) 452.
— -Erkrankung, Klassifikation (Lucien, Parisot u. Richard) 202.
— -Erkrankung bei Osteomalacie (Trémolières, Olivier, Huguenin u. Héraux) 212.
Thyreoidea - Erkrankung, respiratorische Stoffwechseluntersuchung (Gmelin u. Kowitz) 203.
— -Erkrankung, Röntgen- und Organo-Therapie (Borak) 574.
—, Frakturheilung und Knochenkalk, Beziehung (Ogawa) 100.
— -Geschwulst mit Knochenmetastasen (Ferrero u. Sacerdote) 573.
— -Hyperfunktion. artifizielle (Kimball) 451.
— -Hyperfunktion, Jodbehandlung (Jackson) 696; (Redlich) 697.
— -Hyperfunktion und Kastration (Khoór) 575.
— -Hyperfunktion, rezidivierende (Lahey u. Clute) 806.
— -Hyperfunktion infolge Röntgenbehandlung (Gram) 451.
— -Hyperfunktion, Untersuchungen (Speidel) 94.
— -Hyperfunktion und vegetatives Nervensystem (Krause) 574.
—, Innervation (Engel) 696.
—, Jodgehalt (Pickworth) 449.
—, Jodresorption in (Eckstein u. Nuelle) 867.
— - und Mangan-Behandlung (Nott) 395.
— und Nebennieren, Beziehung (Zwemer) 98.
— in Norddeutschland (Liek) 866.
—, Physiologie und Pathologie (de Quervain) 572.
— und Sauerstoffverbrauch des Blutes (Tsukamoto) 201.
— bei Schwachsinn (Sterling) 450.
— -Sekretion und spezifisch-dynamische Wirkung (Baumann u. Hunt) 93.
— -Vergrößerung, nichtendemische, beim Kind (Finkelstein) 94.
Thyreoidektomie (Sudeck) 319; (Bartlett) 573.
— bei Kaninchen, Testisinjektion (Korenchevsky u. Carr) 320.
—, Tetanie nach (Broderson) 453.
Thyreoidismus und vegetatives Nervensystem (Krause) 94.
Thyreoiditis, nichteitrige chronische (Hahn) 449.
Thyreosen, Jodbehandlung (Wiesel) 203.
Thyreotoxikose und Neurasthenie, Differentialdiagnose (Marcovich) 574.
—, Röntgenbehandlung (Allison) 575.
Thyrotoxin-Wirkung auf myxödematöse Menschen (Boothby, Sandiford u. Slosse) 204.
— -Wirkung auf respiratorischen Stoffwechsel (Löhr u. Freydank) 200.
Tic (Bing) 106.
— und Konstitution (De Nigris) 588.
— bei Kuh (Trepel) 111.
—, postencephalitischer, und Synkinese (Vedel, Puech u. Vidal) 670.
—, Zwerchfell-, postencephalitischer (Gamble, Pepper u. Muller) 175.
Tiefenanalyse, psychographische, und Persönlichkeit (Römer) 157.
Tierhypnose in experimenteller Chirurgie (Haberland) 644.
Tierpsychologie (Buijtendijk u. Plessner) 35; (Dexler) 643.
—, Abstraktion und Wiedererkennung (Révész) 385.
— der Hymenopteren (Verlaine) 385.

Digitized by Google

Toba-Batak auf Sumatra (Winkler) 773.
Todesarten, plötzliche, neurologische Forschungen (Anton) 779.
Todesintinkt und Lebensinstinkt in Selbstmord-Psychodynamik (Gartner) 656.
Tokyo-fu Matsuzawa-byon, Irrenanstalt (Kure) 899.
Tollwut und Encephalitis epidemica, anatomischer Vergleich (Schükri u. Spatz) 105.
— -und Herpesvirus, Mischimpfung (Remlinger u. Bailly) 494.
— nach Impfung (Syllaba) 327.
— beim Kind (Niepokojczycka) 106.
Tollwutbehandlung (Hempt) 327.
—, Lähmungen infolge (van der Hoven van Genderen) 313, 874; (Meisel) 703.
—, Myelitis dorsolumbalis nach (Mârtz) 433.
—, Virus fixe nach (Quast) 875.
—, Virus fixe im Augenkammerwasser nach (Colella) 875.
Tonische Asymmetrie und motorische, nach Kleinhirnverletzung (Rossi) 491.
Tonus, Muskel- (Langelaan) 498.
—, Muskel-, Chirurgie (Wertheimer) 628.
—, Muskel-, Entwicklung (Seiler) 628.
—, Muskel-, und Guanidin (Fujita) 149.
—, Muskel-, klinische und experimentelle Beobachtungen (Flarer) 628.
—, Muskel-, und Sehnenreflex (Langelaan) 30.
—, Muskel-, und sympathische Innervation (Hunter) 499.
—, Muskel-, und Temperatur (Emery) 500.
—, Muskel-, Verteilung (Tuttle) 149.
—, plastischer, nach Sympathicus-Entfernung (Meek u. Crawford) 139.
— -Veränderung mit myasthenischen Symptomen (Krupenin) 684.
Topistisch-pathoarchitektonische Forschung in Psychiatrie (Vogt) 652.
Torsionsdystonie (Beder) 417.
— nach Encephalitis epidemica (Ammosov) 853.
Torsionsspasmus und Athétose double (Izenko) 540.
—, infantiler, mit tonischen Spasmen (Wimmer) 540.
Torticollis (Clark) 588,.
Tortur im Kriminalverfahren (Helbing) 350.
Torula-Infektion und zentrales Nervensystem (Cornwall u. McKendree) 68.
Toximanie und Hypnotismus (Rodriguez Vera) 824.
Toxische Berauschung (Rosenstein) 722.
Tractus supraoptico-hypophyseus (Greving) 739.
— tecto-cerebellaris bei Säugern (Baba) 1.
Transplantat, Ovarial- endokrine Funktionen (Lipschutz) 809.
Transplantation von Muskelpräparaten auf gelähmte Muskeln (Stewart) 626.
—, Nerven- (Perrotti) 260.
Traubenzuckerbehandlung s. Glykosebehandlung.
Traum-Analyse (Marcinowski) 384.
— und Halbschlaf (Slight) 159.
— und neurotisches Seelenleben (Levi-Bianchini) 237.
— -Synthese (Ellis) 641.
Trauma, totale Aphasie (Morselli) 855.
—, Arbeits-, Syringomyelie infolge (Mikulski) 795.
— -Begutachtung und Schulterkammsymptom (Bettmann) 817.
—, Betriebs-, und Paranoia (Cronin) 724.
—, [Blitzschlag] Nervenerkrankung (Panse) 108; (Herrmann) 707.
— durch Elektrizität und Berufskrankheit (Jellinek) 589.
—, Epilepsie infolge (Pólya) 590.
—, Epilepsie infolge, Chirurgie (Davidović) 219; (Rosonov) 704.
—, Epilepsie infolge, Encephalogramm (Langelüddeke) 459.
—, Jackson Epilepsie (Leriche u. Wertheimer) 218.
—, Geburts-, Gehirn- u. Schädel-Blutung infolge (Schwartz u. Fink) 589.
—, Gehirn-, Arbeitsversuch bei (Kutzinski u. Heinrich) 511.
—, Gehirn-, und Kriminalität 476.
—, Gehirnrinden-, experimentelles, Pyramidenzellenveränderung (Miskolczy) 746.
—, Gliomentstehung (Volland) 10.
—, Lähmung des Musculus rectus superior (Mylius) 876.
— und Liquor cerebrospinalis (Stulz u. Stricker) 329.
—, lumbalgischer und lumbarthritischer Symptomenkomplex (Diez) 109.
—, Meningitis infolge (De Toni) 789.
—, Nacken-, schmerzhafte Ausstrahlungen (Naville) 461.
— -Neurose s. Neurose, traumatische.
— und Paralysis agitans (Lambrawzi) 179.
— und Rentensucht (Weiler) 817.
—, Rückenmarks-, und Steißgeburt (Ford) 817.
—, Schädel- s. Schädeltrauma.
—, Schuß-, Larynxlähmung (Spuk u. Villière) 800.
—, Stirnhirn-, Charakter und Temperament (Wimmer) 876.
—, Ursachen und Bekämpfung (Lipmann) 328.
Tremor s. a. Zittern.
—, Aktions-, bei Paralysis agitans (de Jong) 419.
Triangularis-Intercalatusbündel [Fuse] (Takagi) 354.
Trichinosis encephalitis (Hassin u. Diamond) 538.
Trichloräthylen und Cornea-Sensibilität, Beziehung (Rohrschneider) 263.
Trieb und Gemütsbewegung (Larguier des Bancels) 38.
Trinker-Fürsorgegesetz, deutsches (Snell) 825.
Trismus nach Schädeltrauma (Urechia u. Mihalescu) 330.
Trochleariskern beim Menschen (Montalti) 738.
Tropen-Krankheit und Hygiene (Ruge, Mühlens u. zur Verth) 646.
— -Psychose (Peyrot) 720.
Tropopathologie (Ossipow) 652.
Trugwahrnehmung (Fischer u. Welke) 285.
Trunksucht s. Alkoholismus.
Trypaflavin bei Decubitus (Sicard, Haguenau u. Lichtwitz) 394.

Digitized by Google

Trypanosomen - Erkrankung, Chemoprophylaxis (Kritschewsky u. Friede) 598.
Tryparsamid bei Syphilis des Nervensystems (Lorenz, Loevenhart u. Reese) 215; (Wolfsohn u. Leiva) 215.
— bei syphilitischer Leptomeningitis (Daspit) 583.
— bei Tabes dorsalis und Dementia paralytica (van Wulfften Palthe) 117.
Tuberkel, Brücken- (Babonneix u. Hutinel) 75.
—, Brücken-, mit Facialiskrampf, Trigeminuslähmung und Geschmacksstörung (Ardin-Delteil u. Levi-Valensi) 184.
—, Solitär-, Paralysis agitans und Meningitis tuberculosa, Beziehung (Deist) 526.
—, Solitär-, im Wurm (Velluda) 76.
Tuberkelbacillen-Züchtung aus Liquor cerebrospinalis (Weise u. Fernbach) 406.
Tuberkulose s. a. Lungentuberkulose.
— und Dermatomyositis (Grunke) 88.
— -Meningitis s. Meningitis tuberculosa.
—, Nervensystem und Psyche (Eversbusch) 279.
—, pseudoneoplastische, der Dura mater spinalis (Malerba) 79.
— und Psychose (Bonasera) 654.
Tubero-infundibulare Zentren und endokrine Drüsen, Beziehung (Salvatore) 198.
Türkensattel s. Sella turcica.
Tumor s. Geschwulst und die einzelnen Geschwülste.
Typhus-Epidemie in Heilanstalt Emmendingen (Schmidt, Schneider u. Zwilling) 126.
— -Vaccination in Irrenanstalt (Desruelles u. Bouvier) 244.
— -Vaccination, Nervensystemerkrankungen (Slonimskaja) 703.

Überempfindlichkeit s. Anaphylaxie.
Übererregbarkeit, idiomuskuläre, Aufhebung (Kollert u. John) 495.
Übertragung, Verdrängung und Annullierung (Stekel) 515.
Übung bei psychischen Funktionen (Gates u. Taylor) 376.
— bei Testversuchen (Morgan) 378.
Ulcus-Schmerz und viscerale Sensibilität (Hirschberg) 777.
Umstellbarkeit, experimentelle Untersuchungen (Zillig) 157.
Unbewußt und bewußt in Psychologie (Drever) 152.
Uncus, Bau (v. Economo) 484.
Unfall s. a. Trauma.
Unfallgesetz, deutsches, sozialpsychologische Wirkung (Bolte) 818.
Unfallversicherung und Berufskrankheiten 329.
Unfehlbarkeitswahn und Psychanalyse (Kamiat) 46.
Unfruchtbarmachung s. Sterilisation.
Unterbewußtsein und Inspiration (Grasset) 509.
Unterentwicklung (Galluppi) 566.
Untersuchungsmethode, pathologisch - histologische (Schmorl) 11.
Urämie und Gehirnblutung, Differentialdiagnose (Le Count u. Guy) 539.
Ureter-Automatie und Physiologie (Hryntschak) 270.
Urin s. Harn.
Urteilen und Denken beim Kind (Piaget) 635.
Urticaria (Storm van Leeuwen) 564.
— mit Ödem, und Purinstoffwechsel (Lindberg) 565.

Vaccination, Encephalitis nach, Ätiologie (Kraus u. Takaki) 408.
—, Typhus-, und Dementia praecox (Charpentier) 226, 469.
—, Typhus-, in Irrenanstalt (Desruelles u. Bouvier) 244.
—, Typhus-, Nervensystemerkrankung (Slonimskaja) 703.
Vaccine-Encephalitis beim Menschen (Lucksch) 260.
Vaginismus-Behandlung mit elektrischem Strom (Hirst) 844.
Vagocotonie, klinische Methode (Gelmann) 758.
Vagus, Campherwirkung auf (Navratil) 762.
— -Druck, und heterotope Kontraktion (Danielopolu u. Proca) 370, 371.
— -Erregbarkeit, Untersuchung (Albertoni) 27.
— -Halsteil bei Vögeln (Terni) 2.
— -Hemmung durch Adrenalin (Heinekamp) 759.
— -Reizung, periphere, Adrenalinsekretion (Tourinade u. Chabrol) 811.
— -Reizung, Wirkung auf Eosinophilie und Leberstruktur (Hajós, Németh u. Enyedy) 759.
Varicellen-Encephalitis bei Schwangerschaft (Debré, Lévy-Solal, Netter u. Longchampt) 409.
— und Herpes zoster, Beziehung (Lepp) 802; (Maderna) 803.
Varix im Wirbelkanal (Sachs) 425.
Vasoligatur nach Steinach (Benjamin) 207.
Vasomotoren - Apparat, Erregbarkeit, Untersuchungen (Alberton) 27.
Vasomotorische Störung des Gehörorgans (Démétriades) 26.
— Reflexphänomene (Muck) 769.
Vegetative Funktion und psychische Funktion, Wechselbeziehung (Hess) 27.
— Zentren in Zwischenhirnbasis (Greving) 456.
Veitstanz s. Chorea minor.
Vena Rolandi, Thrombose (Dowman) 539.
Ventrikel-Blutung bei Hypoplasie des Arteriensystems (Pilcz) 414.
—, Gehirn-, Funktion (Austmann u. Moorhouse) 140.
—, Seiten-, Ependymom (Hirsch u. Elliott) 547.
—, Seiten-, des Gehirns (Austmann u. Moorhouse) 140.
—, [4.] Ependymom (Hirsch u. Elliott) 547.
—, [4.] Geschwulst (Shuman) 859.
—, [4.], Papillom (Sachs) 425.
— [4.], seitliche Kommunikation, mit subarachnoidalen Räumen (Bateman) 257.
Ventrikulographie und Gehirngeschwulstlokalisation (Pierson) 425.
— mittels Lipiodol (Schuster) 54.
Veramon (Weinberg) 287.
Veratrin und immobilisierte Muskeln (Rotolo) 18.
Verbrechen s. Kriminalität.
Verbrecher s. Kriminelle.

Digitized by Google

Verdauungsrohr, Neurotonus- (Lampert) 269.
Verdrängung, Annullierung und Übertragung (Stekel) 515.
Vererbung, biologische Studien an Sexualverbrechern (Fetscher) 888.
— bei Dementia senilis (Meggendorfer) 823.
— und Familienforschung bei Goethes Ahnen (Reichel) 731.
— und Fortpflanzung verschieden begabter Familien (Fürst u. Lenz) 831.
—, Konstitutions- (Pellacani) 893.
—, Milieu und Degeneration (Ley) 730.
—, musikalische, in der Deszendenz von Robert Schumann (Haecker u. Ziehen) 345.
— bei Nervenkrankheiten und Psychose (Dana, Davis, Jelliffe Riley, Tilney u. Timme) 346.
— in Psychopathenfamilien (Persch) 826.
—, psychopathische, bei Psychose (Pieraccini) 731.
— und Psychose (Mott) 241.
— bei Ptosis (Boulanger) 869.
— und Schulterblatt-Typus (Graves) 479.
— und Umwelt (Carmichael) 730.
—, Zittern infolge (Minor) 455.
— von Zwergwuchs mit Dystrophia adiposogenitalis (Hanhart) 832.
Verfettung im Zentralnervensystem Neugeborener (Schwartz) 834.
Verfolgungswahn (Robin) 724.
Vergiftung, Alkohol- (van Wulfften-Palthe) 340.
—, Alkohol-, Commissurenwege-Degeneration im Gehirn infolge (Stanquitz Cambilargiu) 839.
—, Arsen-, chronische endemische (Zinny u. Vivaldo) 701.
—, Arsen-, und Polyneuritis (Finckh) 87.
—, Blei- (Aub, Fairhall, Minot u. Reznikoff) 216. (Weller) 493.
—, Blei-, Erythrocytensenkungsgeschwindigkeit (Schnitter u. Paris) 104.
—, Blei-, Extensorenzeichen (Heim de Balsac, Agasse-Lafort u. Feil) 327.
—, Bromoform- (Molitoris) 873.
— -Contracturen gestreifter Muskeln, Muskelkreatinspiegel (Schwartz u. Oschmann] 756.
—, Dial-, und Veronalvergiftung, experimentelle (Samejima) 144.
—, Gas- (Flury) 874.
—, Kohlenoxyd- (Sayers, Yant u. McConnell) 874. (Guttmann) 910.
—, Kohlenoxyd-, Neuritis und Polyneuritis nach (Manjkivskij) 814.
—, Kohlenoxydgas-, labyrinthärer Schwindel (Löwy) 702.
—, Luminal-, chronische (Villaverde) 872.
—, Medinal-, Lumbalpunktion (Pewny) 702.
—, Methylchlorid (Schwarz) 873.
—, Morphium- (Kersten) 230.
—, Morphium-, Speichelreflex (Collins u. Tatum) 620.
—, Opium-, und Lobelin (Brdiczka) 394.
—, Quecksilber-, Natriumthiosulfatbehandlung (Haskell, Henderson u. Hamilton) 702.
—, Scopolamin-Novocain-, Neuritis acustica infolge (Beeger) 188.
—, Strychnin-, und Nervensystem (Bremer) 493.
Vergiftung, Tabak-, experimentelle, und Blutdruck (Alessio) 144.
—, Veronal-, und Morphinismus (Creutzfeldt) 884.
—, Yohimbin- (Lehrmann) 702; (Fürbringer) 702.
Verkalkung, Epiphysen- (Léri u. Layani) 448.
— in basalen Gehirnganglien (Hurst) 610.
— im Gehirn, Eisenreaktion (Puccinelli) 611.
—, intrakranielle (O'Sullivan) 546.
Verknöcherung, intrakranielle (O'Sullivan) 546.
Verlegenheit, Psychologie (Higuti) 275.
Verletzung s. Trauma.
Veronalvergiftung, experimentelle (Samejima) 144.
— und Morphinismus (Creutzfeldt) 884.
Versehen Schwangerer (Bunnemann) 640.
Versicherung, Unfall-, und Berufskrankheiten 329.
Verstümmelung, Selbst-, und Selbstbeschädigung (Trömner) 657.
Vertebratengehirn, Entwicklungsgeschichte (Hafferl) 357.
Vertigo s. Schwindel.
Verwahrlosung Jugendlicher, Fürsorge (Lafora) 607.
— Jugendlicher, Psychanalyse (Aichhorn) 245.
— überempfindlicher psychopathischer Kinder und Jugendlicher (v. d. Leyen) 341.
Verwirrung, geistige, infolge Erregungsschock (Ameghino u. Raimondi) 229.
Vestibularapparat s. a. Nervus vestibularis.
— und Kleinhirn, Beziehung (Wodak u. Fischer) 620.
— und Schallokalisation (Leisse) 145.
Vierge [Maler], Aphasie (Bonvicini) 724.
Virilismus, Nebennieren -(Fawcett, Hadfield u. Phillips) 811.
— pilaris, männliche Behaarung (Parhon, Ballif u. Cavaman) 318.
Visceralsensibilität, Rückenmarksbahn- (Spiegel u. Bernis) 267.
Viscero-cutan Reflex (Wernøe) 273.
— -motorischer Reflex (Miller u. Waud) 493.
Visuelles Gedächtnis bei Schülern (Bergemann) 634.
Vollsalz-Behandlung bei Kropf (Breitner) 573.
Vorbeizeigen und periphere Nervenanästhesie (Přecechtěl) 622.
Vorderhirn, Amphibien- (Herrick) 1.
Vorderhorn-Zellen, Form (Lhermitte u. Kraus) 135.
Vorstellung, Fühlen, Denken (Bartlett) 153.
—, optische (Lloyd) 635.
— der Worte (Bourdon) 152.

Wachstum und endokrine Drüsen (Szondi) 565.
—, Kinder- (Schlesinger) 478.
Wahn, Psychogenese (Cossa) 166.
Wahnbildung, chronische (Guiraud) 166.
—, chronische, und seelische Automatismen (Lévy-Valensi) 167.
Wahrnehmung, Einfluß der Einstellung auf (Kleint) 274.
— geführter Bewegungen (Stein) 625.
—, soziale, Test (Gates) 41.

Digitized by Google

Wahrnehmung der Worte (Bourdon) 152.
Wasserkopf s. Hydrocephalus.
Wassermannsche Reaktion (Cummer u. Lyne) 663.
— bei Milch von Wöchnerinnen (Lipinski u. Keller) 405.
— und Sachs-Georgi-Reaktion, Vergleich (Sital Chandra Dutt) 663.
— im Serum nach Kollodiumsäckchen-Filtration (Trenti) 296.
— bei Syphilis (Knowles, Ludy u. Decker) 172.
—, thermolabile, im Liquor cerebrospinalis (Garriga) 665.
Wasserwechsel, zentrale Regulation (Molitor u. Pick) 445.
Webersches Gesetz und Vergleichung linearer Strecken (Kiesow u. Gatti) 274.
— Syndrom bei Malaria (Brighenti) 178.
Weibliche Jugend, Psyche (Croner) 42.
Weichbrodtsche Sublimatreaktion im Liquor cerebrospinalis (Krebs) 172.
Werdnig-Hoffmannsche Krankheit (Cavengt) 88.
Werkprüfung, Untersuchung (Gaw) 154.
Wiedererkennung und Abstraktion in Tierpsychologie (Révész) 385.
—, Pathologie (Benon) 783.
Willen, Lehre (Düker) 377.
Willkürbewegung, Antagonisten (Wagner) 629, 630.
—, Physiologie (Wachholder) 22, 24; (Wachholder u. Altemburger) 23, 24.
Wilsonsche Krankheit (Barnes u. Hurst) 71.
— Krankheit, Ähnlichkeit bei heredo-degenerativer Erkrankung mit Lebercirrhose (Osterta) g 899.
— Krankheit-Ähnlichkeit bei Huntingtonscher Chorea (Freund) 180.
— Krankheit und Nucleus lentiformis-Erkrankung (Brückner) 416.
Wilson-Pseudosklerose (Mahaim) 790, 853.
Windpocken s. Varicellen.
Wirbel, Halb-, menschlicher Wirbelsäule (Backman) 193.
—, Hals-, Spontanfraktur (Dutheillet de Lamothe) 705.
Wirbelkanal-Geschwulst, ultrapenetrierende Strahlenbehandlung (Loizaga u. Espinola) 85.
—, Lipiodoldiagnostik (Piccinino) 310.
— -Varix (Sachs) 425.
Wirbelkörper, Kompressionsbrüche und Gipskorsett (Schiessl) 705.
Wirbelsäule-Arthritis mit Rückenmarkgeschwulst (Barré) 85.
— -Erkrankung, Röntgenuntersuchung mittels Jodipininjektion (Peiper) 556.
— -Fraktur, Laminektomie bei Paraplegien (Vincent u. de Martel) 705.
— -Fraktur, mit syphilitischer Muskelatrophie der Arme (Léchelle u. Weil) 871.
—, Halbwirbel (Backman) 193.
— -Osteoarthropathie bei Tabes dorsalis (Barkas) 437.
—, deformierende juvenile Osteochondritis (Valtancoli) 798.
— -Rheumatismus, amyotrophische Paraplegie infolge (Raynaud, Lacroix, Boutin u. Marill) 558.
Wirbelsäule-Segmente, Zahlenreduktion (Brătescu, Giurea u. Răcoveanu) 84.
— -Versteifung (Prokin) 558.
Wismut s. Bismut.
Wochenbett und Epilepsie (Toulouse u. Marchand) 708.
— -Polyneuritis, infektiöse (Skubiszewski) 87.
— -Psychose (Mazacová) 229; (Masieri) 469; (Brugnatelli) 719; (Strecker u. Ebaugh) 823.
Wohnungsnot als Sexualproblem (Noack) 127.
Wortblindheit bei Schulkind (Orton) 181.
Worte, Wahrnehmung und Vorstellung (Bourdon) 152.
Worttaubheit s. Aphasie, sensorische.
Wunddiphtherie, Polyneuritis (Reinhold) 801.
Wundheilung und vegetatives Nervensystem, Beziehung (Schönbauer u. Whitaker) 260.
Wurm, Solitärtuberkel im (Velluda) 76.
Wurzel-Neuralgie, lumbo-sacrale (André-Thomas u. Phelipeau) 690.
— -Neuritis (Rabinowitsch) 441.
Wut s. Tollwut.

Xanthochroma des Liquor cerebrospinalis bei Syphilis spinalis (Guillain, Lechelle u. Péron) 872.

Yohimbin-Vergiftung (Lehrmann) 702; (Fürbringer) 702.

Zauberei und Aberglaube (Lehmann) 47.
Zehe, große, akzessorischer Beuger (Marill) 361.
Zeichenbegabung Schizophrener (Máday) 128.
Zeichnung von Neurotikern und Persönlichkeitsstudium (Lewis) 236.
— schwachsinniger Kinder (Szuman) 222.
Zeigereaktion, atypische, nach Mittelohrraum-Aufmeißlung (Urbantschitsch) 552.
Zeigeversuch (Giorgio) 552.
Zeitbegriff des Kindes (Herderschee) 377.
Zeitschätzung, fortlaufende (Kraepelin) 253.
Zellenabteilung, Umbau in Anstalt (Groß) 732.
Zellenpermeabilität und Sympathicus (Karczag u. Zilahy) 765.
Zentralnervensystem s. Nervensystem, zentrales.
Zentralorgan, nervöses, und transplantierte Augen (May u. Detwiler) 140.
Zentren, vegetative, in Zwischenhirnbasis (Greving) 456.
Zeugen-Aussagen und Alkoholismus (von Egloffstein) 119.
— -Glaubwürdigkeit (Rittershaus) 477.
—, jugendliche (Schimmack) 477.
—, jugendliche, und Sittlichkeitsvergehen (Stern) 828.
Zirbeldrüse s. Epiphyse.
Zirkuläre Schwankungen bei Paranoia (Bostroem) 907.
Zirkulation s. Kreislauf.
Zisternenpunktion, Technik (Osann) 54.
Zittern bei Encephalopathia postgrippeosa durch Nicotin (Herrmann u. Wotke) 413.
—, erbliches (Roseno) 323; (Minor) 455.
—, muskuläres (Beall) 648.
—, Parkinson-, und deformierender Rheumatismus (May) 541.

Digitized by Google

Zittertypus bei Paralysis agitans (de Jong) 419.
Zoologie, experimentelle (Herzog) 744.
Zoster s. Herpes zoster.
Zuckerkrankheit s. Diabetes mellitus.
Zunge, motorische Nervenendplatten (Cajal) 742.
—, sensible Nerven (Freystadtl u. Morelli) 263.
Zungenphänomen [Heidenhain] (Schäffer u. Licht) 756.
Zurechnungsfähigkeit, partielle (Ungar) 343.
—, strafrechtliche (Darvai) 476; (Kitzinger) 727.
—, strafrechtliche, und Persönlichkeit (Mezger) 887.
—, verminderte (Gerlach) 118.
Zwangsbewegung, Augen-, mit psychischen Störungen bei Encephalitis epidemica (Bertolani) 411.
Zwangsgreifen und Nachgreifen (Pinéas) 736.
— bei Stirnhirnbalkengeschwulst, Grundgelenkreflex (Stiefler) 676.
Zwangsneurose (Tannenbaum) 46.
Zwangsvorstellung (Biens) 475.
Zwangszustände (Haškovec u. Scimerka) 605
Zwangszustände, psychische, beim Kind (Kempf) 605.
Zwerchfell-Tic, postencephalitischer (Gamble, Pepper u. Muller) 175.
Zwergwuchs, heredodegenerativer, mit Dystrophia adiposogenitalis (Hanhart) 832.
—, Kasuistik (Černyšov) 448.
Zwilling, Schizophrenie und manisch-depressives Irresein bei (Gordon) 233.
Zwillingsforschung und Capillarmikroskopie (Mayer-List u. Hübener) 478.
Zwischenhirn-Arterien (Foix u. Hillemand) 359.
— -Basis, vegetative Zentren in (Greving) 356.
— und Hypophyse (Raab) 837.
—, Pathologie (Zalkan u. Popova) 568.
— bei Pemphigus vulgaris (Buschke u. Ollendorf) 6.
Zwischenrippenmuskel, respiratorische Funktion (van Gelderen) 368.
Zwitterbildung s. Hermaphroditismus.
Zylindrom, Gehirnnervenlähmung infolge (Sargnon u. Mayoux) 86.

Digitized by Google

Digitized by Google

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W9

Handbuch der normalen und patholog. Physiologie

Mit Berücksichtigung der experimentellen Pharmakologie

Bearbeitet von 315 Fachgelehrten. Herausgegeben von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **A. Bethe**
Direktor des Instituts f. animal. Physiol., Frankfurt a. M.

Prof. Dr. **G. v. Bergmann**
Direktor der Med. Univ.-Klinik, Frankfurt a. M.

Prof. Dr. **G. Embden**
Dir. des Instituts f. vegetat. Physiolog., Frankfurt a. M.

Geh.-Rat Prof. Dr. **A. Ellinger** †
ehemals Direktor des Pharmakologischen Instituts Frankfurt a. M.

In siebzehn Bänden und einem Registerband

Bis jetzt erschienene Bände:

Zweiter Band: **Atmung. Aufnahme und Abgabe gasförmiger Stoffe.** Bearbeitet von K. Amersbach, G. Bayer, A. Bethe, A. Brunner, W. Felix, F. Flury, A. Geigel, W. Heubner, L. Hofbauer, G. Liljestrand, O. Renner, F. Rohrer, F. Sauerbruch, E. v. Skramlik, R. Staehelin. 561 Seiten mit 122 Abbildungen. 1925. RM 39.—; in Halbleder gebunden RM 44.40

Achter Band. 1. Hälfte: **Energieumsatz.** Erster Teil: **Mechanische Energie, Protoplasmabewegung und Muskelphysiologie.** Bearbeitet von F. Alverdes, H. J. Deuticke, G. Embden, W. O. Fenn, E. Fischer, H. Fühner, E. Gellhorn, H. Hentschel, K. Hürthle, F. Jamin, H. Jost, F. Kramer, F. Külz, E. Lehnartz, O. Meyerhof, S. M. Neuschlosz, O. Rießer, H. Sierp, E. Simonson, J. Spek, W. Steinhausen, K. Stern, K. Wachholder. 664 Seiten mit 136 Abbildungen. 1925. RM 45.—; in Halbleder gebunden RM 49.50

(Die Abnahme eines Teiles eines Bandes verpflichtet zum Kauf des ganzen Bandes)

Elfter Band: **Receptionsorgane I. Tangoreceptoren, Thermoreceptoren, Chemoreceptoren, Phonoreceptoren, Statoreceptoren.** 1078 Seiten mit 236 Abbildungen. 1926. RM 81.—; in Halbleder gebunden RM 88.50

Vierzehnter Band, 1. Hälfte: **Fortpflanzung, Entwicklung und Wachstum.** Erster Teil: **Fortpflanzung, Wachstum, Entwicklung, Regeneration und Wundheilung.** 1210 Seiten mit 440 zum Teil farbigen Abbildungen. 1926. RM 96.—; gebunden RM 103.50

(Die Abnahme eines Teiles eines Bandes verpflichtet zum Kauf des ganzen Bandes)

Siebzehnter Band: **Correlationen III. Wärme- und Wasserhaushalt. Umweltfaktoren. Schlaf. Altern und Sterben. Konstitution und Vererbung.** Bearbeitet von L. Adler †, J. Bauer, W. Caspari, U. Ebbecke, C. v. Economo, H. Freund, C. Herbst, S. Hirsch, A. Hoche, H. Hoffmann, R. W. Hoffmann, R. Isenschmid, A. Jodlbauer, O. Kestner, H. W. Knipping, E. Korschelt, F. Lenz, F. Linke, E. Meyer, H. H. Meyer, W. Nonnenbruch, J. K. Parnas, E. P. Pick, H. Schade, J. H. Schultz, R. Siebeck, R. Stoppel, J. Strasburger. 1215 Seiten mit 179 Abbildungen. 1926. RM 84.—; gebunden RM 90.60

Als nächste Bände erscheinen:

Bd. XIV/2: **Physiologie und Pathologie der Entwicklung des Wachstums und der Regeneration.** Bd. VII: **Blutzirkulation.** Bd. III: **Verdauung und Verdauungsapparat.** Bd. VIII: **Energieumsatz.** 2. Teil. Bd. IX: **Nervensystem.** 1. Teil.

Digitized by Google

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9

Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge

Herausgegeben von

A. Gottstein Charlottenburg
A. Schlossmann Düsseldorf
L. Teleky Düsseldorf

Vor kurzem sind erschienen:

Zweiter Band

Gewerbehygiene und Gewerbekrankheiten

Bearbeitet von

A. Alexander · E. Beintker · R. Bernstein · H. Betke · A. Bogdan · E. Brezina
H. Bruns · B. Chajes · R. Cords · A. Czech · M. Epstein · H. Fischer
R. Fischer · G. Frey · H. Gerbis · B. Heymann · G. Hohmann · F. Holtzmann
G. Joachimoglu · R. Kaufmann · E. Koch · F. Koelsch · W. Mager · K. Mendel
A. Neumann · M. Oppenheim · A. Peyser · K. Sannemann · W. Schürmann
B. Sellner · O. Spitta · M. Sternberg · L. Teleky · A. Thiele · H. Zangger

824 Seiten mit 56 Abbildungen — 1926 — RM 54.—; gebunden RM 59.70

Inhaltsübersicht:

I. Allgemeiner Teil. — **II. Gewerbepathologie und Gewerbehygiene.** 1. Gewerbliche Vergiftungen. 2. Andere Berufseinflüsse und deren Folgeerscheinungen. — **III. Hygiene einzelner Gewerbe und Berufe.**

Dritter Band

Wohlfahrtspflege, Tuberkulose, Alkohol, Geschlechtskrankheiten

802 Seiten mit 37 Abbildungen — 1926 — RM 54.—; gebunden RM 59.70

Inhaltsverzeichnis:

Die rechtlichen Grundlagen und die Organisation der Fürsorge einschließlich des Armenrechtes und des Rechtes des Kindes. Von Ministerialrat Dr. H. Maier, Dresden. — **Die Tuberkulose.** Von Dr. L. Teleky, Düsseldorf (Dr. Alfred Goetzl-Wien, Dr. Sigismund Peller-Wien, Dr. Georg Simon-Aprath und Professor Dr. Richard Volk-Wien). — **Der Alkohol und seine Bekämpfung.** Von Professor Dr. E. G. Dresel, Heidelberg. — **Die Geschlechtskrankheiten einschließlich der Prostitution.** Von Dr. H. Haustein, Berlin.

Früher erschien:

Erster Band

Grundlagen und Methoden

522 Seiten mit 37 Abbildungen — 1925 — RM 30.—; gebunden RM 35.—

Inhaltsverzeichnis:

Zur Geschichte der Sozialhygiene. Von Geheimrat Professor Dr. F. Hueppe, Dresden-Loschwitz — **Methoden und Technik der Statistik** mit besonderer Berücksichtigung der sozialen Biologie. Von Sanitätsrat Dr. W. Weinberg, Stuttgart — **Die statistischen Grundlagen der sozialen Hygiene.** Von Sanitätsrat Dr. F. Prinzing, Ulm — **Vererbungsgeschichtliche Probleme der sozialen und Rassenhygiene.** Von Professor Dr. rer. nat., Dr. med. h. c. Valentin Haecker, Halle a. d. S. — **Anthropometrie.** Von Geheimrat Professor Dr. R. Martin †, München — **Hygienische Volksbildung.** Von Dr. Martin Vogel, wiss. Direktor des Hygiene-Museums in Dresden — **Der Unterricht der Studierenden und Ärzte.** Von ord. Professor Dr. Alfred Grotjahn, Berlin — **Die Organisation der Gesundheitspflege,** insbesondere die Aufgabe von Reich, Ländern, Landesteilen und Gemeinden auf dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge und die damit betrauten Stellen. Von Ministerialdirektor Wirkl. Geh. Obermedizinalrat Professor Dr. E. Dietrich, Berlin — **Die Organisation der Gesundheitsfürsorge,** insbesondere die Aufgabe von Provinz, Stadt- und Landkreisen auf dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge. Von Professor Dr. P. Krautwig, Köln.

Das auf 6 Bände berechnete Gesamtwerk wird eine umfassende Darstellung des Begriffs sowie der Methoden der sozialen Hygiene bringen. Von den weiteren Bänden wird der vierte Band die Gesundheitsfürsorge (Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, Mutterschutz, Schulgesundheitspflege usw.), die soziale und private Versicherung behandeln, der fünfte Band die soziale Physiologie und Pathologie und der sechste Band Krankenhaus-, Rettungs- und Bäderwesen umfassen.

Hierzu eine Beilage vom Verlag ***Julius Springer*** *in* ***Berlin W 9***

Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

RETURN TO the circulation desk of any
University of California Library
or to the
NORTHERN REGIONAL LIBRARY FACILITY
Bldg. 400, Richmond Field Station
University of California
Richmond, CA 94804-4698

ALL BOOKS MAY BE RECALLED AFTER 7 DAYS
2-month loans may be renewed by calling
(415) 642-6233
1-year loans may be recharged by bringing books
to NRLF
Renewals and recharges may be made 4 days
prior to due date

DUE AS STAMPED BELOW

PHOTOCOPY JAN 5 '88

Digitized by Google

637161
RC321
Z42
v.43
Zentralblatt für die gesamte
neurologie...
BIOLOGY
LIBRARY
G

637161
RC321
Z42
v.43
BIOLOGY
LIBRARY
G
UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY

Digitized by Google